

ANNÉE 1926

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARC BRETON

Interne des Hôpitaux

Né à Orléans (Loiret), le 5 Août 1897

Lésions chroniques banales du Mésentère et de l'Intestin grêle

OBSERVÉS CHEZ DES MALADES PRESENTANT UNE HERNIE

Mésentérite rétractile d'origine herniaire

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARC BRETON

Interne des Hôpitaux

Né à Orléans (Loiret), le 5 Août 1897

Lésions chroniques banales du Mésentère et de l'Intestin grêle

OBSERVÉS CHEZ DES MALADES PRÉSENTANT UNE HERNIE

Mésentérite rétractile d'origine herniaire

Président : M. HARTMANN, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	N.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	ROUSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.	GOSSET.
Clinique urologique.	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	HOVELACQUE . .	Anatomie.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale	JOYEUX	Parasitologie.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) .	Chimie biologique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . .	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.	LE LORIER . . .	Obstétrique.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE .	Chimie biologique.	LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
BRANCA	Histologie.	LÉVY SOLAL . . .	Obstétrique.
BRULÉ	Pathologie médicale.	LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	METZGER	Obstétrique.
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ	Hygiène.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologi- que.	MULON	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT . . .	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
FIESSINGER . . .	Pathologie médicale.	RICHET Fils . . .	Physiologie.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	VAUDESCAL . . .	Obstétrique.
HARVIER	Pathologie médicale.	VERNE	Histologie.
HEITZ-BOYER . .	Urologie.	VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT . . .	Pathologie médicale.	REITTERER . . .	Histologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

VI. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	LÉPER.	Clinique médicale.
LAIGEL-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	RATHERY.	Clinique médicale.
		SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Ce trop faible témoignage de mon
amour et de ma reconnaissance.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

Je suis heureux de pouvoir ici lui témoigner ma gratitude : j'ai passé trois années dans son service et je lui dois sans doute le meilleur de ce que je sais.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR LEJARS

Je lui exprime toute ma reconnaissance pour la bienveillance et la confiance qu'il m'a témoignée pendant ma dernière année d'internat.

A MES AMIS

ANDRÉ BLONDEAU

ET

PAUL LIEUTAUD

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1920-1921 M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1916-1917 M. LE PROFESSEUR RÉNON (*in memoriam*)
1919-1920 M. LE DOCTEUR BERGÉ (*in memoriam*)

Externat

- 1920-1921 M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1921-1922 M. LE DOCTEUR RAVAUT
M. LE DOCTEUR MACÉ

Internat

- 1922-1923 M. LE PROFESSEUR A. BROCA (*in memoriam*)
1923-1924 M. LE DOCTEUR LAUNAY
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LARDEN-
NOIS
1924-1925 M. LE PROFESSEUR HARTMANN
1925-1926 M. LE PROFESSEUR LEJARS

M. LE DOCTEUR CATHALA, août-septembre 1924

M. LE PROFESSEUR LEGUEU, décembre 1925.
février 1926

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ OKINCZYK
M. LE DOCTEUR RROCQ, CHIRURGIEN DES HOPITAUX
M. LE DOCTEUR BOPPE, CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Introduction

Nous avons opéré deux malades en sub-occlusion présentant une hernie inguinale irréductible. Dans le sac, nous avons trouvé un intestin épais, squirreux, rétréci, dont le mésentère était épaissi et présentait des taches blanchâtres, laiteuses. Ces lésions nous ont semblé curieuses.

Nous les avons recherchées au cours des autopsies que nous avons pratiquées. Nous avons réuni les observations où des lésions analogues avaient été constatées au cours des cures opératoires de hernie. Enfin, nous avons lu les observations cataloguées .
mésentérite rétractile.

Nous sommes arrivé aux certitudes suivantes :

1° Il existe des lésions chroniques et banales du mésentère et de l'intestin grêle causées par les hernies indépendantes de tout phénomène d'étranglement. Ces lésions forment une série continue, progressive.

Lésions du mésentère	{ Taches. Rétraction.	{ S'accompagnant ou non de rétrécissement de l'intestin.
Lésions du grêle.	{ Agglutination. Adhérence au sac.	

Toutes ces lésions peuvent d'ailleurs rester cantonnées au contenu du sac herniaire ou le dépasser.

2° Ces lésions sont analogues à certaines lésions cause d'occlusion, observées à la suite d'étranglement herniaire à échéance plus ou moins lointaine.

3° Ces lésions méritent d'être classées sous l'étiquette « Mésentérite rétractile ». Mésentérite rétractile signifiant, pour nous, lésions du mésentère chroniques, banales, rétractiles, progressives, sténosantes.

Les cas de mésentérite rétractile peuvent être divisés en 2 groupes d'importance à peu près égale :

1^{er} groupe. Cas d'origine herniaire.

2 ^e groupe	{	Cas d'origine inconnue.
		Ce groupe sera sans doute ultérieurement dissocié.

Dans les chapitres 1, 2 et 3, nous donnons de ces trois points une démonstration un peu laborieuse. Nous conseillons au lecteur qu'une étude un peu aride risquerait de fatiguer de passer d'emblée à la lecture du chapitre 4 et des remarques.

CHAPITRE I

**Lésions chroniques et banales
de l'intestin grêle
et de son mésentère observées
chez des malades
présentant une hernie**

Nous étudierons ici quelques-unes seulement des lésions que peut présenter l'intestin et son méso chez les hernieux :

Lésions chroniques.

Lésions banales.

Lésions de l'intestin grêle et du mésentère.

Lésions rencontrées chez des malades présentant une hernie inguinale.

Lésions chroniques. — Nous laisserons donc de côté les lésions que présente l'intestin étranglé. Nous rapporterons bien quelques observations où les lésions que nous étudions ont été découvertes au cours d'une intervention pour une hernie étranglée ; mais il semble bien que l'étranglement n'était pas leur cause ; elles devaient lui être antérieures. Il est vraisemblable qu'elles auraient pu être constatées si la hernie avait été opérée plus tôt, avant les phénomènes d'étranglement.

Lésions banales. — Nous n'étudierons donc pas les lésions spécifiques : tuberculose (1), syphilis (2), tumeurs malignes ou bénignes (3) que l'on peut rencontrer dans le sac.

(1) Jonesco : *Revue de Chirurgie*, 1891. — Cotte : *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 1905. — Jacob et Chevel : *Revue de Chirurgie*, 1908. — Observation de Braine, thèse de Blanchet, Paris, 1923.

(2) Letulle : *Presse Médicale*, 1918.

(3) Cancer de l'intestin. Gros, Devaux : Thèse de Paris, 1902. —

Lésions de l'intestin grêle et de son mésentère.

— Nous avons donc systématiquement éliminé de notre étude, pour que ses conclusions soient plus frappantes, les nombreux cas où le gros intestin et l'intestin grêle herniés coexistaient dans le sac (parfois solidement unis l'un à l'autre par une sorte de gangue fibreuse souvent fusionnée avec lui). La présence du gros intestin dans un sac de hernie suffit, en effet, à soulever des questions bien complexes : mobilité du côlon, adhérences par accollements péritonéaux ou par glissements (1).

Malades présentant des hernies inguinales. — Ceux-là seulement pour deux raisons :

1° Nous avons décidé de ne pas parler des hernies ombilicales. On y trouve souvent agglutinés du grêle et du colon transverse, bridés par des paquets épiploïques et étroitement adhérents au sac. Les adhérences y sont extrêmement fréquentes, presque de règle, pourrait-on dire. Ces lésions chroniques du grêle sont identiques à celles qu'on rencontre dans les hernies inguinales. Elles paraissent d'ailleurs relever des mêmes causes.

2° Au cours de nos recherches, les hernies ombilicales étant éliminées, c'est presque toujours chez

Lejars : *Gazette des Hôpitaux*, 1889. — Kyste du mésentère : Morton, *Lancet*, 1869. — Brocca : *Revue de Gynécologie et de chir. abd.*, 1905. — Lecène : *Presse Médicale*, 1913. — Tumeur du mésentère : Tourneux : *Toulouse Médical*, 1921.

(1) Julliard : Congrès français de chirurgie, 1895. — Montprofit : Congrès français de chirurgie, 1899. — Courtin : Rapport de Régnier B. M. S. C., 1896. — Lecène : *Presse Médicale*, 1913.

des malades atteints de hernie inguinale que nous avons trouvé les lésions que nous étudions. En effet, dans les 20 observations que nous citons dans ce chapitre, nous trouvons 18 fois une hernie inguinale.

Nous reproduisons tout d'abord le résumé de 20 observations que nous avons pu recueillir et qui répondent aux conditions énumérées précédemment.

I. - Lésions mésentériques⁽¹⁾

a). Taches mésentériques

I. — DUBOUCHER. Observation 5.

Mésentérite rétractile et sclérosante, avec zones de congestion précédant l'apparition des cicatrices.

Hernie inguinale, droite, étranglée, fin du grêle, 28 ans.

Appendice dont la base est collée au cœcum par une membrane vélamenteuse, dont le méso est court, épais, scléreux, blanchâtre.

Mésentère de la partie terminale du grêle présentant des cicatrices étoilées, nacrées, rétractiles, paraissant faire suite à des saillies rosées, surélevées.

II. — BRETON. Observation 1 (cadavérique).

Hernie inguinale, droite, non étranglée, fin du grêle, 70 ans.

Sur chacune des faces du mésentère correspondant à l'anse herniée, fin de l'iléon, larges nappes blanchâtres, laiteuses,

(1) On trouvera en italique ce qui pourrait rapprocher chaque observation d'un type schématique autre que celui auquel nous l'avons rattachée. Entre parenthèses, un chiffre et une lettre indiquent vers lequel de ces types schématiques elle forme transition.

porcelainées, leucoplasiques. Leurs contours sont diffus, irréguliers. Elles se continuent sans ressaut, insensiblement avec le péritoine normal, cependant *en certains points elles présentent un bord saillant, en pli (I, b).*

III. — DUBOUCHER. Observation 2.

Mésentérite rétractile sur le mésentère herniaire
et le mésentère voisin.

Hernie inguinale, étranglée, 35 ans.

Anse grêle dont le mésentère est épais, dur, blanchâtre ; il présente de nombreuses cicatrices nacrées, étoilées, cartonnées et rétractiles atteignant la dimension d'une pièce de 2 francs.

Autour d'elles la séreuse est bridée (I, b).

Les mêmes lésions existent sur le mésentère des anses voisines.

IV. — BRETON. Observation 2 (cadavérique).

Hernie inguinale, droite, non-étranglée, fin du grêle, 77 ans.

Sur les deux tiers inférieurs du mésentère et ses deux faces, larges nappes blanchâtres. Leurs contours sont diffus. Cependant, en certains points elles ont *un bord saillant, en pli (I b)*, sous lequel on peut insinuer un poil de brosse.

L'une d'elle offre des contours étoilés ; une autre se présente sous l'aspect d'une *petite bande saillante, penniforme (I, b)* ; enfin, en certaines régions des bandes laiteuses suivent le trajet des vaisseaux, semblent entraînées par eux jusqu'au grêle et elles forment *de petits tractus fibreux qui viennent s'insérer sur lui près de son bord libre (I, b), (II, a).*

V. — DUBOUCHER. Observation 4.

Volvulus d'une anse terminale du grêle. Mésentérite rétractile
avec cicatrices de cette anse terminale.

Laparotomie. Volvulus.

Hernie inguinale, droite, fin du grêle, 30 ans.

Volvulus d'une anse grêle. Le mésentère de l'anse tordu
était épaissi, sclérosé, et sur ses deux faces on voyait des ci-
catrices planes, nacrées, à contours étoilés, d'aspect rétractile.

(Au niveau de la terminaison du grêle, c'est-à-dire tout
près, une bride fibreuse va de l'intestin au collet du sac her-
niaire, en rétrécissant le calibre du grêle au-dessous de l'anse
tordue. Le cæco-colon est plaqué dans la fosse iliaque droite
par une membrane fibreuse).

b). Rétraction mésentérique

Observations de transition.

II. — En certains points les nappes blanchâtres présentent
un bord saillant en pli.

III. — Autour des plaques, la séreuse est bridée.

IV. — En certains points les nappes blanchâtres présentent
un bord saillant en pli ; l'une d'elles offre l'aspect d'une pe-
tite bande saillante, penniforme ; en certaines régions des
bandes laiteuses suivant les trajets des vaisseaux, semblent
être entraînées par eux jusqu'au grêle et elles forment de
petits tractus fibreux qui viennent s'insérer sur lui près de
son bord libre.

VI. — TOURNEUX.

Mésentérite rétractile

Hernie inguinale, droite, irréductible, fin du grêle, 72 ans.

Dans le sac une anse d'intestin grêle, la dernière iléale,

dont les deux branches sont réunies par un mésentère épaissi, raccourci et induré, recouvert superficiellement par un certain nombre de bandes fibreuses, cicatricielles. Le tout constituant la lésion connue sous le nom de « mésentérite rétractile ».

II. - Lésions du Grêle

a). Lésions mésentériques propagées du grêle

Observation de transition.

IV. En certaines régions des bandes laiteuses suivent le trajet des vaisseaux, semblent être entraînées par eux jusqu'au grêle et elles forment de petits tractus fibreux qui viennent s'insérer sur lui près de son bord libre.

VII. — DUBOUCHER. Observation 3.

Mésentérite rétractile sur le mésentère d'une anse
grêle herniée.

Hernie, inguinale, droite, étranglée, 32 ans.

Une des anses grêles présente un mésentère épaissi, couvert de cicatrices étoilées, rétractiles, nacrées, cartonnées au toucher et *adhérentes aux parties voisines* (II, c). Cette rétraction donne à l'anse totale une forme en oméga. Les cicatrices empiètent par places sur l'intestin dont le calibre reste normal.

VIII. — DUBOUCHER. Observation I.

Mésentérite rétractile dans un sac d'éventration abdominale.
Eventration étranglée, 45 ans.

Le mésentère de l'anse est épaissi, sclérosé ; sur ses deux faces sont des cicatrices, étoilées, blanchâtres, rétractiles. Plusieurs de ces cicatrices empiètent sur le péritoine qui entoure le grêle et elles *en rétrécissent la lumière*.

III. Le mésentère présente les mêmes lésions un peu au-dessus et au-dessous de l'anse.

Observation de transition.

XIX. — Le mésentère et son intestin présentent le même aspect : taches leucoplasiques avec piqueté hémorragique, épaississement cartonné.

b). Agglutination des anses grêles

IX. — QUENU. Observation 2.

Hernies adhérentes.

Hernie, inguinale, gauche, non étranglée, 43 ans.

Masse d'anses grêles agglutinées.

La pièce de résection figurée dans la *Revue de Chirurgie*, 1914, p. 422-423, ressemble d'une façon frappante à celles représentées.

Thèse de Blanchet, Paris, 1923, p. 19, cas Leveuf, obs. XIII.

B. M. S. C., 1925, p. 392-393, cas Hertz, obs. XV.

Des anses agglutinées, fusionnées sont réunies en certains points par d'épaisses bandes fibreuses.

X. — BAISH.

Laparotomie.

Hernie, inguinale, droite, fin du grêle, 42 ans.

Dans l'abdomen, on trouve un cordon épiploïque qui s'engage de haut en bas dans le sac. Il étrangle obliquement une

anse grêle en forme d'arc, longue de 12 cm. Cette anse présente de nombreuses coudures et circonvolutions grandes ou petites, agglutinées par des adhérences en forme de ruban. Ces adhérences étaient anciennes sans doute, car l'ensemble est agglutiné en un peloton si uni, si dur, qu'on ne peut faire une libération sans léser l'intestin.

XI. — CADÉNAT.

Étranglement dans une hernie inguinale d'une anse grêle présentant 21 coudures maintenues par des adhérences.

Hernie, inguinale, droite, étranglée, 70 ans.

Intestin rouge et bosselé donnant l'impression d'être du gros intestin. En regardant plus attentivement, on constate que ces bosselures sont dues à des coudures intestinales maintenues par des adhérences. A certains endroits, les adhérences sont si intimes qu'on a presque l'impression de fusion entre les 2 segments accolés. Le mésentère est épaissi, rétracté.

« Peut-être s'agit-il de phénomènes atténués de péritonite herniaire ; il n'y avait cependant aucune adhérence entre l'intestin et le sac. Peut-être s'agit-il aussi d'une mésentérite rétractile analogue à celle qu'on observe au niveau du côlon pelvien, mais à notre connaissance aucun cas semblable n'a été publié ».

XII. — LEVEUF.

Mésentérite rétractile chez un syphilitique.

Hernie, inguinale, droite, irréductible, 51 ans.

Sac mince ne présentant pas la moindre adhérence au contenu. Il contient une masse du volume d'une tête de fœtus, formé par du grêle, dont le calibre est volumineux et dont les parois sont considérablement épaissies (III). Il existe une

série de bosselures, séparées par des portions rétrécies dues à des coudures du grêle formant éperon dans la lumière intestinale. Le paquet qui forme la tumeur est impossible à disséquer, tellement les adhérences sont étroites. (L'anse efférente est de calibre normal, mais les parois ont encore une épaisseur très supérieure à la normale). Le mésentère très rétracté ne peut être repéré dans l'intervalle des anses agglutinées.

Observations de transition.

XIV. — On trouve une anse intestinale dont les deux branches sont accolées. Impossibilité de détruire cette coudure intestinale.

XV. — Dans le sac, une anse arrondie dont les 2 segments sont accolés, fusionnés, enrobés par une coque de pachypéritonite épaisse. En attirant cette anse, on extériorise des masses d'anses grêles agglutinées.

c). Adhérence au sac des anses agglutinées

Observation de transition.

VII. — Dans le sac herniaire on trouve une anse dont le mésentère présente des cicatrices adhérentes aux parties voisines.

XIII. — DUJON.

Hernie, inguinale, droite, irréductible, fin du grêle, 60 ans.

Dans le sac on trouve une masse inextricable comprenant le testicule et les anses intestinales (fin de l'iléon) unies par de vieilles et solides adhérences. « Il est impossible de tirer quelque chose de cette masse agglutinée ». On sectionne en bloc l'intestin et le cordon au ras de l'anneau.

XIV. — PETIT.

Hernie, inguinale, droite, irréductible, 48 ans.

Une anse dont les deux branches sont accolées en canon de fusil (II, b). Le mésentère entre les deux branches de l'anse est rétracté.

On ne trouve pas de sac, celui-ci étant fusionné avec la séreuse de l'anse intestinale dans toute son étendue. Celle-ci, d'ailleurs, a été perforée trois fois au cours de la recherche du sac.

XV. — HERTZ.

Péritonite agglutinante herniaire et rétro-herniaire de cause inconnue ; mésentérite rétractile.

Hernie, inguinale, droite, irréductible, fin du grêle, 46 ans.

L'intestin est collé au sac et lui adhère.

Celui-ci contient une anse arrondie, dont les deux segments sont accolés, fusionnés, enrobés par une coque de pachypéritonite épaissie (II, b).

En attendant cette anse on extériorise des masses d'anses grêles agglutinées, avec mésentérite blanchâtre, rétractile, et dont le mésentère très épais, infiltré de placards blanchâtres sur ses deux faces, donne une sensation cartonnée.

On sort ainsi 2 mètres d'anses grêles conglomérées en paquet, dont on voit se dessiner les godrons inséparables les uns des autres. A la surface de ces conglomérats sont des voiles blanchâtres et transparents.

Observations de transition.

XIX. — Dans le sac auquel elle adhère en certains points, se trouve anse squirreuse indurée.

XX. — C'est avec beaucoup de peine, en sculptant dans le sac qu'on parvient à libérer son contenu : une anse dont les deux branches sont fusionnées.

III. Rétrécissement du grêle par épaississement de ses parois

Coexistant avec une des lésions précédentes du grêle
ou de son mésentère.

Observations de transition.

XII. — Masse volumineuse formée par des anses agglutinées de calibre volumineux et dont les parois sont considérablement épaissies. L'anse efférente est de calibre normal, mais les parois ont encore une épaisseur très supérieure à la normale.

XV. — Le sac contient une anse dont les deux segments sont accolés, fusionnés, enrobés par une coque de pachy-péritonite épaisse.

XVI. — VIANNAY.

Mésentérite chronique segmentaire.

Laparotomie.

Hernie, inguinale, gauche, réductible, 58 ans.

On trouve dans l'abdomen deux anses atelectasiées. Le mésentère correspondant à ces anses, c'est-à-dire sur une longueur de 1 mètre, est épaissi, infiltré, oedémateux, parcouru en certains points par des stries blanchâtres, ailleurs semé de taches laiteuses. L'intestin correspondant était uniformément réduit de calibre, mais en aucun point sténosé.

Outre le rétrécissement, les lésions correspondent à : I lésions mésentériques, (a) taches mésentériques.

XVII. — HAASLER.

Autopsie par voie médiane.

Hernie, inguinale, droite, étranglée 1, 64 ans.

On trouve dans l'abdomen une anse intestinale qui, sur une longueur de 12 cm. présente une pigmentation ardoisée. Le mésentère contigu a le même aspect. Cette anse est sténosée : sa paroi est épaisse et tandis que le reste de l'intestin se laisse distendre par l'eau sous pression, cette anse reste rétrécie.

Outre le rétrécissement, les lésions correspondent à (I) lésions mésentériques, (a) taches mésentériques.

XVIII. — PELLETAN.

Hernie crurale dont l'inflammation résultait de la rétention des matières fécales dépendant de l'épaisseur des parois de l'intestin formant la hernie.

Hernie crurale, étranglée, 83 ans.

« L'intestin formant hernie de tout son calibre était fort épais, squirreux, d'une couleur rouge foncé. A l'autopsie l'intestin au lieu de la hernie avait ses parois épaissies de 6 lignes et sa cavité réduite presque des $\frac{2}{3}$. Cette portion faisait un angle aigu avec celle qui était au-dessus. Il est évident que dans cette observation les accidents de l'étranglement dépendaient de la diminution du calibre de l'intestin faisant hernie et de l'angle aigu que l'intestin faisait avec la portion supérieure ».

Outre le rétrécissement les lésions paraissent correspondre à : (I) lésions mésentériques, (b) rétractions mésentérique.

XIX. — BRETON. — Observation 3.

Hernie, inguinale, gauche, étranglée, fin du grêle, 54 ans.

Irréductible

Une anse grêle adhère au sac (II, c.) ; squirreuse, indurée, présentant des taches leucoplasiques à piqueté hémorragique (II, a). Le mésentère correspondant offre les mêmes taches, il est épais, crie sous les ciseaux. Au ras de l'intestin sont quelques brides fibreuses.

L'intestin est rétréci : il présente à peu près la moitié de son calibre normal. Sa paroi est extrêmement épaisse.

Ces lésions ne sont pas cantonnées à la partie herniée de l'anse, elles se continuent sur le bout sous-jacent et son mésentère : 30 cm. d'intestin et du mésentère correspondant sont aussi lésés.

Outre le rétrécissement, les lésions correspondent à : (II) lésions du grêle (a) lésions mésentériques propagées au grêle.

XX. — BRETON. — Observation 4.

Hernie, inguinale, gauche, irréductible, 70 ans.

C'est avec beaucoup de peine en sculptant dans le sac qu'on parvient à libérer son contenu ; (II, c) une sorte de boudin épais de consistance charnue, à base duquel s'implantent deux anses grêles normales. Le mésentère compris dans l'angle que forme ces deux anses est épais et présente des traînées blanchâtres, laiteuses.

Le boudin est formé par une anse dont les deux segments sont étroitement agglutinés. Cette anse est rétrécie d'un tiers, ses parois sont très épaissies.

Outre le rétrécissement, les lésions correspondent à (II) lésions du grêle (c) adhérence au sac du grêle agglutiné.

IV. - Les lésions peuvent ne pas rester localisées au contenu du sac

Rappelons les observations déjà citées :

III. — *Taches mésentériques.* — Les mêmes lésions existent sur le mésentère des anses voisines.

IV. — *Taches mésentériques.* — Sur les $\frac{2}{3}$ inférieurs du mésentère.

V. — *Taches mésentériques.* — Le mésentère présente les mêmes lésions un peu au-dessus et au-dessous de l'anse herniée.

XV. — *Rétraction mésentérique.* — *Agglutination des anses.* — En attirant l'anse intra-sacculaire, on extériorise des masses d'anses grêles agglutinées et dont le mésentère épais, rétractile est infiltré sur ses deux faces de placards blanchâtres et donne une sensation cartonnée.

XIX. — *Taches mésentériques propagées au grêle. Rétrécissement de l'intestin.* — Anse grêle de 30 cm. offrant ainsi que son mésentère des taches blanchâtres à piqueté hémorragique.

Elle est squirreuse, rétrécie.

Ces lésions existent, identiques sur la partie intra-sacculaire (10 cm.) et sur la partie sous-jacente intra-abdominale (20 cm. de cette anse).

C'est avec intention que nous avons groupé de telle sorte ces 20 observations. On voit qu'elles forment, en réalité, une série continue avec des transitions multiples entre les divers types schématiques.

Il semble que l'on puisse dresser un tableau schématique des lésions :

- | | | |
|--|---|--|
| I. Lésions Mésentériques. | { | a) Taches |
| | | b) Rétraction |
| II. Lésions du grêle. | { | a) Lésions mésent. propagées au grêle. |
| | | b) Agglutination. |
| | | c) Adhérence au sac. |
| III. Ces lésions (I et II) peuvent s'accompagner de rétrécissement de l'intestin. | | |
| IV. Toutes ces lésions (I, II et III) peuvent rester cantonnées dans le sac herniaire, mais aussi le dépasser. | | |

Peut-être pourrait-on décrire un *stade prémonitoire* observé par Duboucher.

Observation déjà citée : I. DUBOUCHER. Observation 5. — Appendicite herniaire et mésentérite rétractile et sclérosante avec zone de congestion précédant l'apparition des cicatrices.

« Le mésentère de l'anse terminale du grêle présente des cicatrices étoilées, nacrées et rétractiles paraissant faire suite à des saillies rosées et surélevées.

A l'examen histologique les petites saillies muriformes du

mésentère sont formées par des amas de vaisseaux bourrés de leucocytes. Les cicatrices étoilées qui semblent avoir succédé à ces saillies muriformes sont formées de tissu fibreux typique ».

Et peut-être pourrait-on décrire un *stade ultime* où les lésions sont des plus complexes :

Taches et rétraction du mésentère.

Agglutination d'anses grêles dont les segments sont étroitement fusionnés.

Adhérences au sac de son contenu.

Rétrécissement de l'intestin.

Toutes ces lésions dépassant plus ou moins largement les limites du contenu du sac.

Nous ne trouvons d'ailleurs pas d'observation réunissant toutes ces lésions, mais il ne manque que :

Le rétrécissement de l'intestin dans l'observation XV ;

L'extension des lésions hors du sac dans l'observation XX ;

L'agglutination des anses dans l'observation XIX.

Deux remarques pourraient nous être faites au sujet des observations que nous avons réunies :

1° — 4 fois, c'est hors du sac herniaire dans l'abdomen que furent trouvées les lésions.

Dans deux observations (X et XVII) les auteurs rattachent

ces lésions à la hernie présentée par leurs malades. Mais dans les deux autres (V et XVI) ce rapport n'est pas mentionné par les auteurs :

Obs. V. — Volvulus d'une anse terminale du grêle mésentérique rétractile avec cicatrice de cette anse.

Obs. XVI. — Un cas de mésentérite chronique segmentaire. Malade en occlusion. Il présente bien une hernie inguinale gauche ancienne mais elle est facilement irréductible, n'est point douloureuse et... « doit être mise hors de cause » dit l'auteur.

Mais nous savons que dans deux cas les lésions d'origine herniaire ont été découvertes dans l'abdomen (*Obs. X et XVII*) et que d'autre part dans 10 cas le contenu du sac herniaire ne lui adhérait pas ; il aurait donc pu rentrer dans l'abdomen et l'évolution de la lésion nécessiter une laparotomie ultérieure. Enfin des lésions présentées par les malades des observations 5 et 16 paraissent être les mêmes que celles de nos autres malades.

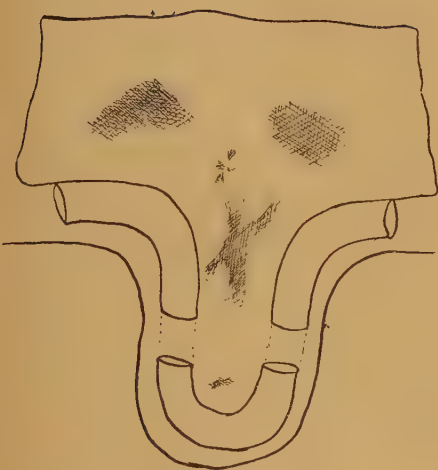
Si bien que nous n'hésitons pas à affirmer l'origine herniaire de ces lésions trouvées en plein ventre chez ces deux malades, dont l'un portait une hernie inguinale non contenue par un bandage et l'autre une hernie inguinale ancienne.

2° — Ne s'agissait-il pas de lésions imputables à un étranglement récent ?

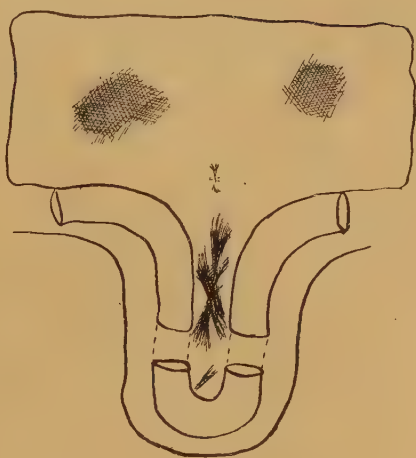
Evidemment non dans sept observations où il ne saurait en être question (II, IV, V, IX, X, XVI, XVII), non dans sept autres observations (VI, XII, XIII, XIV, XV, XIX, XX), car les auteurs n'ont pas opéré d'urgence ou ils ont noté une aggravation lentement progressive des signes qui les ont incité à opérer. L'anneau d'étranglement, lorsqu'il existait, était très large et l'intestin présentait une couleur normale.

6 observations doivent être discutées, car on y parle d'étranglement :

I Lésions mésentériques

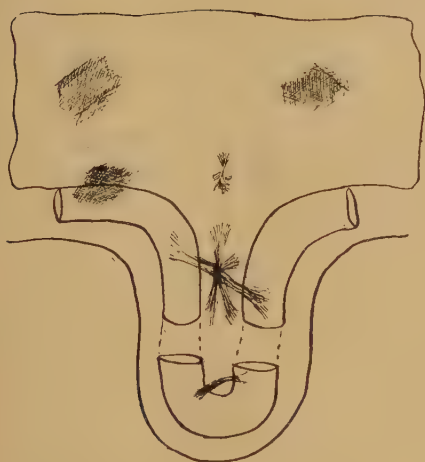


a) Taches mésentériques

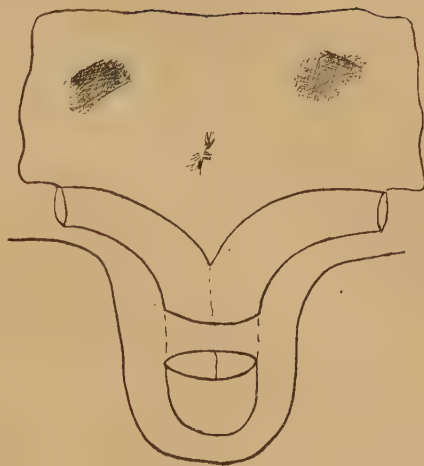


b) Rétraction du mésentère

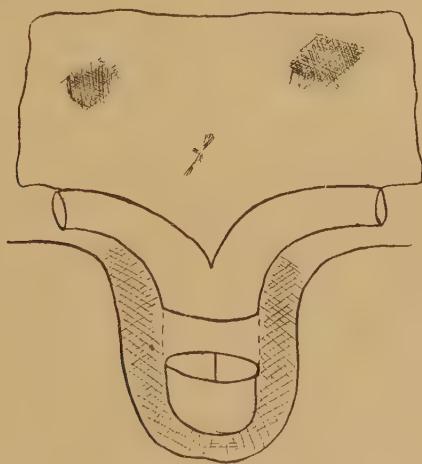
II. Lésions du grêle



a) Lésions mésentériques empiétant sur le grêle



b) Agglutination du grêle



c) Adhèrece au sac

Lésions complexes



En plus de toutes les lésions précédentes :

- 1) Les segments de l'anse contenue dans le sac sont fortement rétrécis.
- 2) Les lésions dépassent le sac {

sur le bout supérieur, agglutinations.
sur le bout inférieur, rétrécissement.

Observations I, III, VII, VIII. — Il semble que l'étranglement ait été récent de 24 h. tout au plus. On ne note aucune des lésions que l'on rencontre habituellement dans les sacs de hernie étranglée et inversement les lésions que nous avons décrites ne nous paraissent jamais avoir été signalées au cours des cures d'étranglement.

Observation XI. — Hernie étranglée : l'intestin est rouge, l'anse afférente est distendue du volume d'un gros pouce. Mais l'observateur note « peut-être s'agissait-il d'adhérences dues à des phénomènes de péritonite herniaire ? Il y avait cependant aucune adhérence entre l'intestin et le sac et l'étranglement siégeait non pas au niveau de l'orifice inguinal profond mais à la base du sac. Il était relativement peu serré ».

Observation XVIII. — C'est celle de Pelletan. Elle est un peu douteuse. « A l'ouverture du sac il sortit une grande quantité de sérosité noirâtre et sanguinolente. Nous trouvons dans son intérieur une petite quantité d'épiploon noir ; l'intestin était de couleur rouge foncé ». Il y a bien là des lésions dues à l'étranglement mais nous ne croyons pas que celui-ci puisse être la cause, fut-ce au bout de huit jours, de modifications constatées au niveau de l'intestin : l'intestin est épais, squirreux, sa qualité est réduite des $\frac{2}{3}$. Cette observation reste, il est vrai, un peu douteuse.

CHAPITRE II

Lésions analogues consécutives à l'étranglement herniaire

On peut voir survenir des phénomènes d'occlusion plus ou moins tardifs à la suite d'une intervention pour hernie étranglée ou à la suite de sa réduction par taxis. La chose est connue depuis fort longtemps et de très nombreuses observations ont été publiées. (1).

Parfois, le malade meurt dans les quelques jours qui suivent l'opération et en réalité sa mort est due à l'évolution progressive de cette occlusion pour laquelle on était intervenue. Mais, le plus souvent, c'est plus tardivement, après quelques mois ou quelques années, qu'apparaissent les accidents. Ces derniers nous semblent être déterminés par trois causes :

1° Rétrécissements courts, en anneaux, cicatriciels de la paroi intestinale ;

2° Adhérence, souvent fusion des segments de l'anse herniée et parfois agglutination des anses voisines ;

(1) Consulter surtout : Guignard : Thèse Paris, 1846. — Aclaux : Thèse Paris, 1860. — Nicaise : Thèse Paris, 1866. — Cotte et Leriche : *Revue de Gyn. et Chirurg.*, Abd., 1905.

« Le rétrécissement de l'intestin (consécutif à l'étranglement) est en réalité, beaucoup moins rare qu'on pourrait le penser, d'après le nombre relativement peu élevé des cas qui se révèlent en clinique et donnent lieu, plus ou moins tard, à des accidents d'occlusion aiguë ou chronique... Ces sténoses se modifient, s'élargissent, s'arrangent ultérieurement et tout en restant bien marquées ne donnent pas lieu à des désordres appréciables de fonctionnement de l'intestin ». Lejars, B. M. S. C., 1905.

3° Rétrécissement longs tubulés de l'intestin dû à l'épaississement de ses parois.

La première lésion est bien spéciale. Elle semble ne reconnaître qu'une cause : l'étranglement. L'anneau cicatriciel paraissant être dû à la compression de l'intestin par l'agent d'étranglement.

Les deux autres lésions sont absolument analogues à celles que nous avons décrites dans le chapitre I. Et leur étiologie est certainement plus complexe.

I. - Rétrécissements courts en anneaux

Nous rapportons deux cas où furent trouvées ces lésions afin de pouvoir les bien opposer aux lésions suivantes :

XXI. — BRETON (Observation 5).

Autopsie d'une femme très âgée présentant une hernie inguinale droite.

Au niveau du grêle, à 3 mètres environ de l'angle iléo-cæcas, on voit une sorte d'anneau grisâtre au niveau duquel on sent un bourrelet fort net.

A la coupe, la muqueuse est intacte, la séreuse paraît l'être, les couches intermédiaires sont doublées d'épaisseur.

XXII. — GUINARD.

Autopsie d'une femme de 47 ans. Une hernie apparue en 1841 s'est étranglée en janvier 1842 — a été opérée et la malade est morte d'occlusion 4 mois après.

Outre des lésions banales de péritonite, on remarque au niveau du ligament de Fallope gauche une anse d'intestin grêle de 7 cm. à 8 cm. terminée à chaque extrémité par une rainure circulaire profonde. Au-dessus du rétrécissement supérieur le calibre du grêle est notablement accru. Entre les deux rétré-

cissements et au-dessous il est moindre que normalement. Au-dessus du rétrécissement inférieur est une perforation,

A la hauteur de l'un et de l'autre rétrécissement, les tuniques sont détruites sur une épaisseur variable. Vers le rétrécissement inférieur dans un point très limité et voisin de la perforation il ne restait plus que le péritoine.

Au niveau du rétrécissement supérieur, il y avait sur une certaine étendue (les $2/5^e$ de la circonférence) un commencement de cicatrisation : la surface, en ce point, était lisse et offrait l'apparence d'une cicatrice de muqueuse.

Consulter une observation analogue de Raoult, Société Anatom., 1891, Lejars, B. M. S. C., 1905 : « Nous avons à plusieurs reprises trouvé fortuitement à l'autopsie chez des hernieux de ces rétrécissements de l'intestin sous forme d'anneaux blanchâtres plus ou moins larges, souvent doubles et séparés par une anse intermédiaire encore distincte du reste de l'intestin ».

II. - Agglutination du grêle pouvant s'accompagner de rétrécissements longs tubulés

Voici 4 observations où les lésions sont absolument identiques à celles que nous avons décrites dans le chapitre I chez des malades porteurs d'une hernie n'ayant jamais été antérieurement étranglée.

XXIII. — JEAN.

Rétrécissement tardif du grêle, coudure intestinale.

Mésentérite rétractile

Malade opéré 2 ans avant pour hernie inguinale droite étranglée. Depuis 2 mois obstruction.

Rétrécissement siégeant sur le dernier mètre de l'iléon. Il existe 3 larges étoiles blanchâtres cicatricielles, épaissies avec brides rayonnantes ; mais ces brides n'étranglent pas le grêle qu'elles n'atteignent pas et qui est sténosé par le rétrécissement. Le mésentère épaissi et rétracté n'avait que 3 cm. de hauteur. Il accolait l'anse au rachis lombaire ; mêmes lésions prédominant sur le feuillet droit du mésentère sur une longueur de 1 m. et demi ; là encore l'intestin présentait des coudures.

Comparer cette observation à celles du chapitre I (I, a lésions du mésentère, taches mésentériques) ; il y a ici de plus un rétrécissement du grêle.

XXIV. — TENANI.

Mésentérique rétractile par inflammation herniaire

Malade de 20 ans ayant présenté une hernie inguinale qui s'est étranglée et a été opérée. Vient 4 mois après en occlusion.

On trouve un paquet d'anses grêles profondes, collées à la colonne vertébrale, unies entre elles par des adhérences lâches. Mais la lésion importante siège sur le mésentère de ces anses adhérentes. Celui-ci est notablement réduit de longueur ; il apparaît contracté, ratatiné, si bien qu'il n'est pas possible de mobiliser et de soulever de la paroi abdominale postérieure les anses intestinales qui même disjointes sont cependant étroitement adossées l'une à l'autre. Cette rétraction est si forte que le bord libre de l'intestin est comme tourné vers la colonne où il s'insère, de sorte que la lumière de l'organe est oblitérée.

Comparer cette observation à celles du Chapitre I (I, b, lésions du grêle, agghutination du grêle).

XXV. — NICAIZE.

Malade de 45 ans. Il présenta une hernie inguinale droite étranglée, opérée en 1875. Occlusion opérée en 1880, mort.

A 3 m. 10 du pylore, rétrécissement considérable. Immédiatement au-dessus du rétrécissement est une large ampoule. Elle communique avec le bout inférieur par l'orifice rétréci qui se trouve non pas au niveau où le bout inférieur vient rencontrer l'ampoule, mais sur la paroi même de celle-ci. En effet, le bout inférieur se prolonge à la surface de l'ampoule à

laquelle il est intimement adhérent. Et il forme à la surface de celle-ci une petite anse dont les deux parties sont adhérentes entre elles en même temps qu'à l'ampoule. Il en résulte que les matières intestinales devaient décrire un trajet en S pour passer du bout supérieur dans l'inférieur. L'orifice qui fait communiquer le bout inférieur et le supérieur est étroit ; il n'y a ni rétrécissement cicatriciel, ni hypertrophie annulaire des parois ; l'orifice est souple.

Il est probable que le rétrécissement a eu pour point de départ la hernie de 1875. Nous manquons de renseignements sur ce qu'a été cette hernie. Nous ne savons pas si lorsqu'elle était étranglée il s'agissait d'une hernie ancienne ou d'une hernie récente. A-t-on réduit une anse d'intestin dont les 2 parties étaient accolées ensemble ? C'est possible, on peut le supposer d'après l'examen de la pièce.

Comparer cette observation à celles du Chapitre I (I, b, lésions du grêle. Agglutination du grêle) il ne semble pas qu'il y ait eu ici rétrécissement vrai (voir les dessins qui accompagnent l'observation, *Revue de Chirurgie*, 1881), mais diminution brusque du calibre de l'intestin au-dessous d'une coudure accentuée.

XXVI. — GARRE.

Malade de 27 ans, opéré le 16 octobre 1890, pour une hernie inguinale gauche étranglée. Seconde intervention pour occlusion le 19 décembre 1890.

Anse fortement adhérente au péritoine pariétal : la séparation n'est possible qu'au prix de la résection partielle du péritoine. On peut ensuite attirer dans la plaie un peloton d'anses intestinales présentant de nombreuses adhérences entre elles. Libération de ces adhérences. Résection d'une anse en forme de Z, longue de 41 cm., dont les trois branches sont soudées par des brides et des cordons fibreux.

La partie moyenne du Z a une longueur de 7 cm. ; elle est

épaisse, dure ; son diamètre est de un demi à 3 cm. L'intestin fortement sténosé ne peut être traversé qu'à l'aide d'une sonde. Ce canal n'est pas tapissé de muqueuse ; à sa place on trouve une cavité ulcéreuse avec des bords durs, peu nets. Une ulcération profonde de un demi cm. arrive près du péritoine épaissi. Les parois d'une épaisseur de 1 à 2 cm. ont une consistance fibreuse, squirreuse, la partie sténosée se distingue fortement de la région sus et de la région sous-jacente surtout en haut où existe une ligne perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

Comparer cette observation à celles du chapitre I (II, b, lésions du grêle, agglutination du grêle) ; il y a de plus ici un rétrécissement.

III. Observations de transition

Lorsqu'on étudie les nombreuses observations, anciennes ou modernes, rapportant des lésions consécutives à l'étranglement, on est frappé par la complexité de ces lésions. Il existe, en effet, de nombreux cas de transition entre les deux types que nous avons schématisés : Rétrécissements annulaires et agglutinations du grêle pouvant s'accompagner de rétrécissements tubulés. L'embarras que l'on éprouve pour classer ces cas vient certainement d'ailleurs de l'imprécision d'un grand nombre d'observations.

Voici quatre observations assez explicites se rapportant à ces cas de transition :

Observation XXI, citée plus haut.

Outre les lésions déjà signalées on note des traces discrètes de mésentérite rétractile au bord du mésentère sur 2 cm., tant en amont qu'en aval de l'anneau cicatriciel.

Au bord du mésentère, dans le voisinage de l'anneau cicatriciel sont des traînées blanchâtres, discrètes, rappelant la mésentérite rétractile ; elles sont parallèles au grêle : l'une d'elles forme une petite tache lenticulaire à contours étoilés.

XXVII. — QUENU.

Malade de 45 ans, présentant un diverticule péritonéal. Il eut deux crises douloureuses traduisant sans doute l'étranglement. Cinq ans après la première crise, au cours d'une troisième crise il est opéré.

A 8 ou 10 cm. au-dessus de l'anse étranglée il en existe une autre offrant les traces d'un étranglement sous la forme d'un sillon à la base de l'anse dont les deux bouts sont maintenus par des adhérences anciennes et épaisses ; cette anse porte les traces évidentes d'un étranglement antérieur ; elle s'est échappée en bloc du diverticule qui l'enserrait ; elle a la même configuration et les mêmes dimensions que l'anse étranglée, mais avec, bien entendu, une coloration et une consistance différente. Le calibre de l'anse étranglée anciennement n'a pas été noté.

Ici donc rétrécissements annulaires de la base de l'anse, fusion de ses deux segments. On obtient une observation presque identique en superposant les lésions constatées dans les observations XIV ou XX et XXI.

XXVIII. — DELORE et JACOD.

Malade de 76 ans, présentant une hernie inguinale droite.

Etranglée deux fois en 1896, 1898 et réduite par taxis. Opération pour occlusion en 1904.

A un mètre environ de l'angle duodéno-jéjunal on trouve une anse grêle soudée par sa face latérale à son mésentère, sans qu'il en résulte une diminution du calibre, 20 cm. plus loin une anse très rétrécie. La sténose apparaît comme un épaississement blanchâtre en anneau du péritoine et de la paroi ; elle a 1 à 2 cm. de largeur. Toute la paroi a une consistance fibreuse et l'intestin en amont du rétrécissement est plus épais comme infiltré.

Il y avait eu deux étranglements successifs ; peut-être l'un

d'eux avait-il déterminé le rétrécissement (intermédiaire aux rétrécissements en anneaux et tubulés) et l'autre causé cette adhérence du grêle à son mésentère. Peut-être ces deux étranglements avaient-ils réalisé chez le même malade sur deux anses voisines des processus différents.

Nous terminerons en citant une observation de Nicaize. Elle fait en quelque sorte transition entre ce chapitre et le précédent.

XXIX. — NICAIZE.

Malade présentant depuis 1840 une hernie qui n'a jamais été contenue par un bandage. Elle devient irréductible. Réduction immédiate par taxis le 14 janvier 1866. Récidive le 18. Kélotomie. Autopsie le 21.

A 40 cm. de l'angle iléo-cæcal, rétrécissement du grêle qui permet à peine de passer une sonde. Rétrécissement, dit l'auteur, consécutif à la constriction exécutée sur l'intestin par la bride constatée dans le sac au cours de l'opération (minceur de la paroi, destruction de la muqueuse sur toute la circonférence, inextensibilité des autres couches).

Au-dessous de ce point, flexuosités et adhérences entre elles des anses intestinales. L'une d'entre elles se porte à la paroi postérieure du sac en dedans duquel elle proémine et elle est intimement unie à cette paroi confondue avec elle dans une étendue de 6 à 7 cm.

Ici un sillon d'étranglement causé par la compression d'une bride et une agglutination d'anses grêles adhérentes au sac. Il semble bien que ces dernières lésions soient imputables à la vieille hernie plutôt qu'à son étranglement, que ce soit des lésions chroniques, celles que nous avons étudiées dans le chapitre I.

CHAPITRE III

Mésentérite rétractile

L'étude des lésions banales et chroniques du grêle et de son mésentère, chez les hernieux, nous oblige à aborder la question complexe de la mésentérite rétractile.

On parle souvent, aujourd'hui, de mésentérite rétractile, sclérosante, cicatricielle, sténosante. Ce sont là des termes à la mode. Ils ont fait fortune parce qu'ils masquent notre ignorance. Mais, en réalité, vides à peu près de tout sens précis, ils servent d'étiquette aux lésions les plus disparates.

(1) Bibliographie : Chotard : Thèse Paris, 1923. — Blanchet : Thèse Paris, 1923. — Rutkowski : *Presse Médicale*, 26 décembre 1923. — Mauclore : B. M. S. C, 9 décembre 1925. Rapport sur deux observations de Jean.

Accessoirement : Daubigny : Thèse Bordeaux, 1922. — Piasio : Thèse Lyon, 1923.

TABLEAU DES OBSERVATIONS RÉUNIES SOUS LE TITRE
« MÉSENTÉRIE RÉTRACTILE » ET ACTUELLEMENT
CONNUES EN FRANCE

Nous avons souligné les observations
utilisées dans le chapitre I.

La thèse de CHOTARD en signale 28 cas :

BENHAM.	MURARD.
RIDEL, 1, 2, 3.	FRITCH, 1, 2.
TENANI, 1, 2, 3.	BERGERET.
D'AGOSTINO.	DUVERGEY, 1.
KRINSKY.	ABADIE, 1, 2.
MAUCLAIRE, 1, 2.	DUVERGEY, 2.
FERRON, 1, 2.	<u>PARCELLIER, MANGE.</u>
<u>DUBOUCHER, 1, 2, 3, 4, 5.</u>	

BLANCHET, dans sa thèse en signale 3 nouveaux cas :

BRAINE.	<u>CADENAT.</u>	<u>LEVEUF.</u>
---------	-----------------	----------------

4 nouveaux cas sont rapportés dans l'article de RUT-
BRAINE.

FERRON, 3.	SOKOLOWSKI.
WINNEM.	RUTKOWSKI.

Enfin M. MAUCLAIRE, en décembre 1925, ajoute 7
cas nouveaux aux anciennement connus :

JAISSON.	<u>HERTZ.</u>
MAURISSON, NAVVY.	<u>JEAN, 1, 2.</u>
CHIASSEBINI, ANTINOLI.	<u>TOURNEUX.</u>
DRAGUN., 1 2.	

Cela fait 44 cas.

Nous pensons pouvoir éliminer 5 observations où les lésions relèvent d'une cause manifestement spécifique.

DUVERGEY, Obs. 2. } Ascite et granulations
tuberculeuses.

DRAINE, Th. BLANCHET, } Granulations tuberculeu-
FERRON, Obs. 3. } ses.

CHIASSEBINI. } Linite plastique de l'es-
tomac avec ascite.

BENIAM. } Enorme hydropisie, foie
très contracté, aplati,
induré, grosse rate (il
s'agit vraisemblable-
ment d'une de ces cir-
rhoses avec péritonite
syphilitique décrite par
LETULLE).

Nous avons l'impression que plusieurs observa-
tions devraient encore être éliminées ; mais nous
n'avons cependant pas de raisons suffisantes pour
pouvoir le faire.

Il reste 39 cas. Nous voici donc en présence des
39 cas connus de mésentérite rétractile où les lé-
sions ne paraissent pas provenir directement d'une
cause spécifique évidente. Nous allons essayer de
classer les différentes lésions que nous trouvons dé-
crites dans les observations les plus précises et les
plus typiques.

I. - Lésions du mésentère ⁽¹⁾

a) Taches mésentériques

Elles peuvent être étoilées, laiteuses. Elles sont superficielles, tendent à plisser, à rétracter le péritoine voisin. Le mésentère sous-jacent est en général épaissi.

DUBOUCHER. — Observation I (déjà citée chapitre I), *B. M. S. C.*, 14 mars 1923).

« Le mésentère de l'anse est épaissi, sclérosé ; sur ses deux faces sont des cicatrices étoilées, blanchâtres, rétractiles ».

b). Rétraction mésentérique

TETANI. — Observation 1 (déjà citée chapitre II) *Il Morgagni*, décembre 1913 :

« La lésion importante siège sur le mésentère. Il est notablement réduit de longueur, apparaît contracté, ratatiné, si bien qu'il n'est pas possible de mobiliser, de soulever de la paroi abdominale postérieure les anses intestinales ; la rétraction est si forte que le bord libre de l'intestin est comme tourné vers la colonne, où il s'insère, de sorte que la lumière est rétrécie ».

(1) Volontairement, nous n'avons cité qu'une seule observation pour chaque type schématique.

II. - Lésions du grêle

a). Lésions mésentériques propagées au grêle.

JEAN. — Observation I. *B. M. S. C.*, 9 décembre 1925 :

« Sur le mésentère on trouve une plaque dure, de couleur blanc nacré, grande comme une pièce de 2 francs, d'où rayonnent vers l'intestin des brides sléreuses, solides qui dépassant le mésentère. viennent cercler en l'étranglant l'intestin ».

DUVERGEY. — Observation I. *B. M. S. C.*, 11 janvier 1922.

« Une série de rétrécissements sont constatés au niveau de la dernière anse de l'iléon. Ces rétrécissements cicatriciels sont accompagnés de larges cicatrices blanchâtres, nacrées, étoilées, siégeant sur le mésentère rétracté, épaissi, sclérosé. En plusieurs points, ces cicatrices mésentériques attirent et plissent fortement l'intestin grêle au point d'unir deux anses intestinales et de ne les séparer l'une de l'autre que par une distance de 1 cm. et demi. Ces cicatrices mésentériques chevauchent sur la paroi intestinale et enserrrent celles-ci de façon à diminuer considérablement le calibre du grêle ».

b.) Agglutination du grêle.

ABADIE. — Observation *B. M. S. C.*, 13 juin 1922.

« Plusieurs anses sont agglomérées entre elles ; on décolle aisément le plus grand nombre. Mais à mesure qu'on progresse vers le cæcum, les adhérences sont de plus en plus

serrées, accolant étroitement les branches d'une même anse maintenues en V étroit ou plusieurs anses voisines. Ces adhérences se présentent sous forme de nappes blanchâtres vernissées, tapissant et nivelant les replis de l'intestin qui paraît recouvert par place d'un enduit épais, blanc, régulier ».

III. - Rétrécissement de l'intestin

Par coudures des anses dues à la rétraction du mésentère.

Voir l'observation 1 de Tenani que nous venons de citer dans ce chapitre.

Par des brides mésentériques qui, propagées au grêle, l'encerclent, l'étreignent.

Voir l'observation 1 de Jean.

Voir l'observation 1 de Duvergey.

que nous venons de citer dans ce chapitre.

Par épaissement des parois.

FERRON. — Observation I. B. M. S. C., 23 juin 1920.

« Je sors difficilement des anses grêles blanches laiteuses ayant perdu leur aspect lisse, légèrement indurées et correspondant à un mésentère également blanchâtre, très épais, mais peu rétracté. A la surface de ce méso infiltré, se voient des lignes cicatricielles irrégulières, d'un blanc plus intense que le reste du méso ; il est difficile d'en donner une description, tant elles étaient variées comme aspect. La dernière anse iléale est atrophiée, ses parois sont indurées et son calibre beaucoup plus réduit que celui des anses sus-jacentes. En somme, l'intestin grêle présentait, ainsi que son mésentère un aspect tout à fait caractéristique... L'intestin malade se

continue insensiblement avec l'intestin sain et tranche par sa coloration blanchâtre avec la couleur rosée de l'intestin sain ».

Ces lésions forment une série progressive. Notons bien que, pour rétablir, nous n'avons utilisé aucune des observations du chapitre I (si ce n'est DUBOUCHER, obs. I). Nous pourrions résumer brièvement ces lésions :

Lésions mésentériques (1) chroniques, banales, rétractiles (2), progressives (3), sténosantes (4).

Voilà quel est le contenu de l'étiquette « Mésentérite rétractile », qu'il est difficile de supprimer et de remplacer et que nous continuerons à utiliser.

(1) Je ne dis pas mésentérite : car le suffixe ITE implique, dans le langage médical, une idée d'infection. Or, dire que ces lésions sont dues à une infection serait préjuger.

(2) Ces lésions ont presque toujours évoqué dans l'esprit des observateurs, une idée de rétraction (soit du péritoine mésentérique, soit du mésentère lui-même).

(3) Elles semblent débiter par des taches mésentériques et elles apparaissent de plus en plus complexes.

(4) La sténose du grêle réalisée par divers mécanismes paraît être le terme ultime de l'affection.

Cette série présente une analogie frappante avec celle que nous avons établie au chapitre I, si frappante que nous n'hésitons pas à dire :

I. Les lésions chroniques et banales du mésentère et de l'intestin grêle, que nous avons observées chez des malades porteurs de hernie inguinale, sont en réalité : « des lésions de mésentérite rétractile ».

2. Il faut ajouter aux 39 cas de « mésentérite rétractile » que nous avons retenus tous les cas de notre chapitre I, et certains des cas de notre chapitre II, qui ne figurent pas au « tableau des observations réunies sous le titre mésentérite rétractile ».

En effet, les séries des chapitres I et 3 sont identiques et nous avons, d'autre part, démontré qu'un certain nombre d'observations du chapitre II étaient analogues à celles du chapitre I.

Nous apportons ainsi 15 nouveaux cas (1).

Ce sont :

Chap. I	{	II, IV, XIX, XX	obs. personnelles
		IX, X, XIII, XIV, XVII	obs. diverses
Chap. 2	{	XXI	obs. personnelles
		XXV, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX	obs. diverses

(1) Eliminant :

1 seule observation du chapitre 1 :

La très ancienne de Pelletan, n° XVIII.

1 seule du chapitre 2.

Celle de Guignard : Il s'agit d'un rétrécissement annulaire de l'intestin.

Donc 5 observations personnelles et 10 appartenant à divers auteurs.

L'on pourrait nous reprocher d'appeler ces 10 dernières mésentérites, alors que le plus souvent les auteurs ne parlent pas du mésentère. Mais ;

Que l'on compare et l'on sera frappé par l'analogie :

Obs. IX, X, XIII, XIV, XXVII, XXIX
et l'observation d'Abadie I.

Obs. XVII
et l'observation Ferron I.

Obs. XXVI
et l'obs. Ferron I, Abadie I.

Je ne trouve pas d'observation absolument analogue aux obs. XXV et XXVIII.

Que l'on se souvienne : c'est en avril 1920 que M. Maucclairé, pour la première fois, je crois, attira l'attention de la Soc. de Chir. sur ces lésions de mésentérite.

Nous nous trouvons maintenant en présence de
 $(39 + 15) = 54$ cas de mésentérite rétractile.

Parmi ceux-ci 28 cas nous paraissent être incontestablement d'origine herniaire :

- 12 publiés dans le tableau des observations de mésentérite rétractile et utilisées dans nos chapitres 1 et 2.
1 de FERRON (obs. 2 du TABLEAU) ; nous ne l'avons pas utilisée dans le

chapitre I car l'observation était courte et peu précise (1).

15 que nous avons ajoutés aux cas précédemment connus.

D'autre part, 26 cas ne sont pas d'origine herniaire. Leur origine reste à préciser.

En résumé, les mésentérites rétractiles forment aujourd'hui 2 groupes :

1 groupe d'origine herniaire comprenant 28 cas.

1 groupe dont l'origine est inconnue comprenant 26 cas et qui sera sans doute dissocié dans l'avenir.

Le groupe d'origine herniaire est vraisemblablement plus important que nous ne l'indiquons. En voici deux preuves :

1° Dans l'observation que nous a envoyée le Docteur Tourneux et qui a pris place dans la série de notre chapitre I, les lésions paraissent être incontestablement d'origine

(1) « Quelque temps après, opérant chez une femme, une volumineuse hernie inguinale descendant à mi-cuisse, j'ai rencontré le même aspect laiteux du mésentère (même aspect que dans son observation II) sauf que l'intestin grêle était sain et qu'il n'y avait aucune ligne blanchâtre à la surface du mésentère ».

(Ferron, B. M. S. C., 23 juin 1920).

herniaire. Cette observation était accompagnée cependant de la note suivante :

« Cette anse restée jusqu'ici dans l'abdomen, car la hernie était habituellement déshabillée, est sortie lors de l'effort violent fait par le malade et n'a pu rentrer. Il ne s'agit donc pas d'une lésion qui s'est constituée dans le sac herniaire, mais dans l'abdomen, et n'a apparu qu'incidemment dans le sac. Je ne crois pas que ce cas pourrait être utilisé par vous, car il s'agit en réalité d'une mésentérite rétractile au début, découverte parce qu'elle s'est constituée chez un hernieux ».

L'origine herniaire de certaines mésentérites a certainement été fréquemment méconnue jusqu'ici.

2° Lorsque j'écrivais les dernières lignes de ce travail, le 28 mai, j'ai vu le docteur d'Allaines opérer à Bicêtre pour des phénomènes d'obstruction une vieille femme présentant une énorme hernie inguinale droite très ancienne.

Dans le sac quelques anses largement étranglées, un cæcum mobile, mais surtout une longue anse grêle blanchâtre, épaisse, coudée, divisée en plusieurs segments, dont les extrémités étaient réunies par des brides fibreuses ; mésentère de cette anse épaissi et d'un blanc de lait.

CHAPITRE IV

**Causes des lésions chroniques
banales du méésentère
et de l'intestin grêle observées
chez des malades
présentant une hernie**

La lésion du mésentère est certainement primitive.

La série que nous avons établie dans le chapitre I avec ses observations où les lésions deviennent de plus en plus complexes nous paraît très démonstrative.

Ce sont vraisemblablement des vaisseaux mésentériques qui sont atteints.

Je rappelle deux observations de TENANI (obs. 2 et 3) intitulées : « Mésentérite sclérosante d'origine vasculaire », où les lésions vasculaires paraissent en effet très importantes. Je rappelle seulement ces deux observations, car les malades n'étaient pas des hernieux.

Mais j'insiste surtout sur l'observation suivante.

Observation XXX. — BRETON (6°).

Un malade, âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du P^r Lejars, le 5 juillet 1926.

Très grognon, il répond mal : d'ailleurs son état est extrêmement grave. Histoire imprécise. Il semble que le début des accidents remonte à 2 jours. Le malade était depuis long-

Sauvé : Thromboses mésentériques, *Journal de Chirurgie*, 1910. — Hémorragies dans les hernies étranglées, *Revue de Chirurgie*, 1905.

Duval : Méso-sigmoïdites, *Archives des Maladies de l'appareil digestif*, 1907.

Lagane : Artérites intestinales, Thèse Paris, 1912.

Bolognesi : *Central. Blat. für Chir.*, 27 nov. 1909.

temps porteur d'une hernie inguinale gauche réductible. En 2 jours, à 2 reprises, la hernie serait sortie et aurait été péniblement réduite par le malade. Il a vomi, présente des coliques espacées maximum dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen, le ventre est légèrement ballonné, symétrique ; il est douloureux et se défend légèrement dans toute son étendue, mais surtout dans la fosse iliaque gauche. On ne note rien d'anormal au niveau de la région inguinale gauche. Toucher rectal négatif.

Température normale, pouls 130, le lavage d'estomac ramène un liquide, jaune, noirâtre, de mauvaise odeur.

On ne sait s'il faut rattacher les signes présentés par le malade à des lésions d'origine herniaire.

Intervention. — Médiane sous-ombilicale, anesthésie générale, aide Ironimus. Environ 50 cm. de grêle et le mésentère correspondant sur 3 travers de doigt sont de couleur feuille morte (p). A une des extrémités de l'ansé vers le bout supérieur (p) un sillon net semblant avoir été causé par une striction. A l'autre extrémité, les lésions se dégradent progressivement. L'intestin et le mésentère sont épais et infiltrés. Résection. Termino-terminale. Le bout supérieur très distendu est abouché à la peau. Mort le 7 juillet.

Autopsie : A gauche, sac de hernie inguinale, au moins aussi long que l'index, dont le collet admet le pouce et est inextensible. D'autre part, on ne note rien d'anormal à la dissection de l'artère mésentérique.

On s'est demandé après l'intervention : s'agit-il de lésions d'origine herniaire ou d'une thrombose mésentérique.

Le même doute quant à l'origine des lésions persiste après l'autopsie.

Cette observation, notée sur notre carnet d'observations, est évidemment très imprécise, les lésions constatées au cours de l'intervention sont mal décri-

tes et la pièce opératoire n'a pas été soigneusement examinée. Retenons cependant ce doute persistant quant à l'origine des lésions herniaires ou par thrombose mésentérique. Nous avons eu l'occasion, depuis, d'opérer le malade de l'observation XIX et nous sommes absolument certain que dans les deux cas il s'agissait de lésions identiques (seule peut-être la couleur des parties atteintes était un peu différente). Il s'agit donc ici très vraisemblablement de lésions chroniques d'origine herniaire qui peut-être se sont aggravées au cours de deux étranglements de courte durée.

Cette observation doit être rapprochée de celle de PARCELLIER MANGER (que nous rapportons dans le chapitre suivant). Là, des lésions identiques semblent successivement avoir été classées : thrombose mésentérique, puis mésentérique rétractile.

Mais ce sont surtout des expériences de BOLOGNESI (dont nous donnons plus loin le résumé) qui me paraissent devoir entraîner la conviction.

Cet auteur, chez le lapin, lie une ramification importante d'un vaisseau mésentérique. Dans certains cas, voici ce qu'il a constaté :

« Quelques jours après l'opération, les anses grêles réunies entre elles par des adhérences fibreuses, forment une masse pelotonnée ». — « Plus tard dans la paroi de ces anses se produit une sclérose du tissu conjonctif et une atrophie de la muqueuse auxquelles doivent être attribuées les sténoses intestinales qu'on observe ». — Les modifications du mésentère ne sont pas indiquées.

Ces lésions ressemblent de très près à celles dont nous cherchons la cause.

Aussi, bien que le seul examen microscopique précis et détaillé que nous possédions (1) ne soit pas en faveur de notre hypothèse, nous pensons que c'est l'atteinte des vaisseaux mésentériques qui conditionne les lésions chroniques banales du mésentère et de l'intestin grêle que nous avons décrites chez nos hernieux.

Quelle peut être la cause de ces lésions vasculaires ?

Sont-elles dues à des traumatismes légers ?

Fréquents au cours de ces vieilles hernies toujours plus ou moins réductibles et difficilement contenues par le bandage.

Ou reconnaissent-elles une origine toxi-infectieuse ?

Consécutives sans doute à la stase intestinale au-dessus du segment hernié. Nous ne pouvons manquer d'être frappés par l'identité que présentent nos lésions mésentériques avec celles que l'on rencontre au niveau de certaines mesos sigmoïdes ; brides qui tendent à rétracter le méso sigmoïde et à accoler les

(1) Observation 12 : Leveuf : Examen histologique. — Letulle : « En résumé les coupes montrent des signes de stase veineuse assez accusée, de l'hyperdiapédèse de polynucléaires éosinophiles sans trace d'artérite avec intégrité parfaite de la muqueuse intestinale ».

deux segments du côlon pelvien. Ces brides, qui ne manquent jamais, dans les grandes dilatations coliques (mégacôlons ou mégasigmoïdes), nous ont semblé, au cours de plusieurs autopsies de cas moins avancés, apparaître en même temps que la dilatation du segment rectosigmoïdien et qu'une stase accentuée à ce niveau.

Dans nos 20 observations, le côté où siège la hernie est noté 17 fois :

13 fois sur 17, la hernie siège à droite ; 9 fois la localisation sur l'intestin fut précisée.

9 fois, il s'agissait de la fin de l'iléon.

Peut-être n'y a-t-il pas là qu'une simple coïncidence. Peut-être cette prédilection des lésions pour la fin de l'iléon s'explique-t-elle, par les caractères anatomiques propres à ce segment d'intestin, — surtout sa vascularisation, — et par la constitution des matières intestinales à ce niveau.

En résumé, les lésions banales chroniques du mésentère et du grêle chez les hernieux, autrement dit la mésentérite rétractile herniaire semble reconnaître pour cause des lésions primitives du mésentère sans doute d'origine vasculaire.

Il faudrait sans doute chercher dans le même sens pour expliquer les cas de mésentérite rétractile d'origine encore inconnue. Nous avons entrepris des expériences dans ce but (elles sont actuellement en cours et nous ne pouvons encore en donner les résultats).

CHAPITRE V

Remarques

L'étude que nous venons de faire pourrait sembler purement théorique. Il n'en est rien. Elle conduit à quelques déductions qui peuvent intéresser le clinicien ou l'opérateur.

1° Chez un malade en occlusion présentant une hernie — même si cette hernie n'a jamais été le siège du moindre phénomène d'étranglement, même si elle est parfaitement réductible — on doit toujours penser qu'elle peut être la cause de l'occlusion, par les lésions chroniques du mésentère et du grêle qu'elle est susceptible de provoquer.

2° Etudions une observation bien curieuse de PARCELLIER MANGÉ, dont voici le résumé (voir l'observation complète n° XXXI à la fin de ce travail).

Hernie inguinale gauche étranglée opérée 1912.

Hernie inguinale droite étranglée opérée 1919.

Hernie inguinale gauche étranglée opérée 1922.

Occlusion opérée 1922.

En 1919, survint, au niveau de la hernie inguinale droite, un syndrome d'étranglement herniaire.

Mais l'opération, pratiquée par le Docteur Loubat, montre qu'il s'agit en réalité d'une thrombose mésentérique portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, à 10 cm. environ de l'abouchement ilo-cœcal. Le segment thrombosé qui mesure environ 10 cm. est réséqué. Anastomose termino-terminale.

En 1922 : Laparotomie médiane pour occlusion. Les dix derniers centimètres du grêle ont un aspect blanchâtre, sont parsemés de taches laiteuses, la paroi, à la palpation, paraît

épaissie. Au niveau des trois derniers cm., juste avant la valvule iléo-cæcale, on note un rétrécissement tubulaire donnant à l'intestin les volumes d'un gros crayon et à la palpation la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Le mésentère correspondant à cette zone est épaissi, scléreux, parsemé d'étoiles blanchâtres caractéristiques de la mésentérite rétractile.

Voici donc un malade chez lequel on découvre dans un sac de hernie inguinale droite sur la fin de l'iléon une anse intestinale longue de 10 cm. seulement. Son aspect évoque pour le Docteur LOUBAT, celui d'une thrombose mésentérique. Ne s'agissait-il pas, en réalité, d'une de ces lésions que nous étudions, chroniques et banales du grêle chez les hernieux? Nous le croyons bien lorsque nous nous souvenons de nos observations XIX et XXX.

3 ans après, au cours d'une laparotomie on découvre au niveau de l'intestin contigu et sous-jacent à celui qui a été réséqué, des lésions qui évoquent, cette fois, pour le Docteur PARCELLIER, celles de la mésentérite rétractile.

Ne peut-on penser que les lésions furent identiques au cours des deux interventions :

Lésions chroniques banales du grêle et de son mésentère d'origine herniaire ou si l'on préfère, mésentérite rétractile d'origine herniaire.

L'affection a continué son évolution malgré la résection des parties considérées comme seules malades.

Il faudra donc, dans les cas où l'on sera forcé de faire une résection, dépasser largement les lésions

intestinales et surtout mésentériques si l'on ne veut les voir se reproduire.

3° Un problème délicat peut se poser. Lorsqu'opérant une hernie on constate des lésions discrètes du contenu du sac : taches mésentériques, par exemple, se prolongeant par quelques tractus sur le grêle, que faut-il faire ?

Rentrer l'anse dans l'abdomen ?

Mais l'évolution pourra, sans doute, se poursuivre dans l'abdomen des lésions simples aux plus complexes même, lorsque la hernie sera guérie.

L'observation précédente semble en être la preuve, d'autre part, on lit dans l'observation 2 de DUBOUCHER : « Un examen ultérieur du malade, le ventre n'est pas souple à la palpation et il est douloureux à droite dans la fosse iliaque.

Où faut-il la réséquer ?

Les lésions mésentériques peuvent être très étendues et dépasser largement le contenu du sac et, d'autre part, on peut répugner à pratiquer une opération grave pour des lésions minimes qui ne menacent d'une façon incertaine et lointaine la vie du malade.

Nous croyons que c'est l'observation suivi des malades chez lesquels des lésions mésentériques discrètes ont été réintégrées dans l'abdomen qui permettrait de savoir quelle est la plus sage conduite à tenir lorsqu'en opérant une hernie on se trouve en présence de lésions mésentériques ou intestinales relativement minimes.

Observations

Nous avons tenu à reproduire intégralement les observations que nous avons utilisées dans les chapitres I et II, afin de bien montrer que nous n'en avons pas tiré *un peu plus* qu'elles ne contenaient.

Nous reproduisons ensuite l'observation de Parcellier et Mangé.

Et enfin, nous résumons un article de Bolognesi.

I. — DUBOUCHER. *B. M. S. C.*, 14 mars 1923.

Cinq observations de mésentérite rétractile. Rapport de Mauclaire.

Obs. 5. — Appendicite herniaire et mésentérite sclérosante et rétractile avec zones de congestion précédant l'apparition des cicatrices.

Ch., 28 ans, hernie inguinale droite étranglée et réduite par le taxis. Cure radicale le lendemain.

Opération. — Dans le cas on trouve l'appendice iléo-cæcal dont le méso est très épais, scléreux, court, blanchâtre avec des cicatrices nacrées, irrégulières. La partie initiale de l'appendice est collée sur le cæcum par une membrane vélamenteuse. Le mésentère de l'anse terminale du grêle présente des cicatrices étoilées, nacrées, rétractiles, paraissant faire suite à des saillies rosées et surélevées. Cure radicale. Guérison.

Depuis un an, ce malade avait des douleurs abdominales avec vomissements.

Examen histologique. — Les petites saillies muriformes du mésentère sont formées par des amas de vaisseaux bourrés de leucocytes. Les cicatrices étoilées qui semblent avoir succédé à ces saillies muriformes sont formées de tissu fibreux typique.

II. — BRETON. *Observation 1 inédite.*

Autopsie d'une malade de Bicêtre (âge 70 ans ?)
faite le 14 mai 1926

Avant l'ouverture du cadavre on constate l'existence d'une volumineuse hernie inguinale droite. Laparotomie médiane.

Une anse est herniée, d'une longueur de ... cm. environ, appartenant à la terminaison du grêle (20 cm. du cæcum).

On l'attire aisément dans l'abdomen et deux fils repèrent ses limites. Elle n'est pas étranglée.

Sur la face droite du mésentère, entre les deux fils (plus près du fil cæcal) existe une nappe blanchâtre. Elle est large d'une paume de main, vaguement triangulaire ; elle est située sur le trajet de l'artère mésentérique et son sommet répond à l'artère, tandis que sa base atteint l'intestin qui ne présente aucune lésion. Cette nappe est d'aspect laiteux, porcelainée. Ses contours sont diffus, irréguliers, se continuant sans bord, sans ressaut progressivement, insensiblement avec le péritoine normal. Cependant, en certains points, le bord est saillant, formant un petit pli.

Sur la face gauche du mésentère, dans la même région, on voit une plaque identique, mais elle n'est pas superposable à la précédente. Ces nappes sont soulevées par les ganglions augmentés de volume de la chaîne mésentérique. Deux d'entre eux du volume d'une noisette, saillent fortement sous la nappe qui tapisse la face postérieure et à leur niveau celle-ci présente un aspect brunâtre.



PLANCHE I

Observation II. — Large placard de « mésentérite » sur le mésentère correspondant à la fin de l'iléon.

Le reste du mésentère est normal.

En A : ligature à l'extrémité de l'iléon.

En B et C : ligatures limitant l'intestin trouvé dans le sac.

On ne constate aucune lésion de l'intestin.

Le mésentère est épaissi au niveau des nappes blanchâtres. Mais il n'y a ni rétraction du mésentère, ni sclérose bien manifeste des vaisseaux mésentériques. Le péritoine pariétal ne présente aucune lésion. Rien d'autre n'est noté à un examen minutieux de la cavité péritonéale. L'autopsie complète n'a pas été pratiquée.

III. — DUBOUCHER. B. M. S. C., 14 mars 1923.

Cinq observations de mésentérite rétractile. Rapport
de Mauclair.

Obs. 2. — Mésentérite rétractile sur le mésentère herniaire et sur le mésentère voisin.

B., 35 ans, entre dans le service de M. Vincent avec les symptômes d'un étranglement herniaire inguinal. Cette hernie datait de l'enfance. Elle a toujours été réductible, indolore et non contenue par un bandage.

Opération : Après débridement du collet, on essaie d'attirer l'anse au dehors. Celle-ci vient mal. Le mésentère est épais, dur, blanchâtre ; il présente de nombreuses cicatrices nacrées, étoilées et rétractiles de dimensions variables et atteignant les plus grosses, la dimension d'une pièce de 2 francs. Autour d'elles la séreuse est bridée. Ces taches n'empiètent pas sur l'intestin. Elles sont cantonnées ; leur épaisseur paraît minime. Les mêmes lésions existent sur le mésentère des anses voisines. Le péritoine pariétal antérieur est normal. Cure radiale. Guérison.

Examen ultérieur : Le ventre n'est pas souple à la palpation. Il est douloureux à droite dans la fosse iliaque.

Depuis longtemps, le malade a des douleurs abdominales et du ballonnement après les repas, de la constipation. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

IV. — BRETON. *Observation 2 inédite.*

Observation d'un malade de Bicêtre (âge 77 ans)
faite fin mai 1926

Avant l'ouverture du cadavre on constate l'existence d'une volumineuse hernie inguinale droite. Laparotomie médiane.

Une anse est herniée, d'une longueur de 50 cm. environ, appartenant à la fin du grêle (20 cm. du cæcum), on l'attire aisément dans l'abdomen. Elle n'est pas étranglée.

Le mésentère dans les deux tiers inférieurs présente des lésions extrêmement nettes. Le péritoine qui tapisse ses deux faces légèrement lactescentes dans l'ensemble offre de larges nappes, blanchâtres, porcelainées, leucoplasiques. Les plus larges ont la dimension d'une paume de main. Elles sont à contours diffus. Cependant, en certains points, elles ont un bord saillant en pli, sous lequel on peut insinuer un poil de brosse. Elles ne se superposent pas, ne se correspondent pas sur les deux faces mésentériques.

L'une d'elle offre des contours étoilés ; une autre se présente sous l'aspect d'une petite bande, saillante, penniforme ; en certaines régions des bandes laiteuses suivent le trajet des vaisseaux, semblent entraînées par eux jusqu'au grêle et elles forment des petits tractus fibreux qui viennent s'insérer sur lui près de son bord libre ; enfin, au centre de certaines plaques on trouve une zone brunâtre ou noire comme de l'encre, de la largeur d'une lentille et plus saillante.

A la dissection on note qu'au niveau de ces nappes, le péritoine est épaissi, il se laisse même parfois cliver en deux plans. Il peut être soulevé en pli par une pince, se détachant du contenu mésentérique, mais moins aisément que dans les régions où le mésentère offre un aspect normal.

L'intestin grêle est absolument normal dans toute son étendue ; cependant au niveau du tiers supérieur au long du bord mésentérique on trouve plusieurs petits diverticules du volume d'un pois au sommet desquels passe un vaisseau.



PLANCHE II

Observation IV. — Nappes et placards de « mésentérite ».
 Ces lésions occupaient les $\frac{2}{3}$ inférieurs du mésentère.
 Un fragment seulement a été représenté.

En T : petites brides fibreuses qui semblent entraînées par les vaisseau jusqu'au grêle.

Les ganglions mésentériques ne sont pas hypertrophiés. Le mésentère, est épaissi au niveau des nappes blanchâtres. Mais il n'y a ni rétraction du mésentère, ni sclérose bien manifeste des vaisseaux mésentériques. Le péritoine pariétal ne présente aucune lésion. Rien d'autre n'est noté à un examen minutieux de la cavité péritonéale. L'autopsie complète n'a pas été pratiquée.

V. — DUBOUCHER. B. M. S. C., 14 mars 1923.

Cinq observations de mésentérite rétractile. Rapport
de Mauclair

Obs. 3. — Volvulus d'une anse terminale du grêle. Mésentérite rétractile avec cicatrices de cette anse terminale.

K., 30 ans, présente une hernie inguinale droite non contenue par un bandage. Depuis trois jours douleurs, ballonnements de la fosse iliaque droite, vomissements. Diagnostic : Volvulus de l'intestin grêle.

Opération : Laparotomie. On trouve dans la cavité péritonéale environ 2 litres de liquide sanguinolent : volvulus d'une anse grêle.

Après la détorsion, le contenu intestinal circule facilement. le mésentère de l'anse tordue est épaissi, sclérosé, et sur ses deux faces on voit des cicatrices planes, nacrées à contour étoilé d'aspect rétractile. Au niveau de la terminaison du grêle c'est-à-dire tout près, une bride fibreuse va de l'intestin au collet du sac herniaire en rétrécissant le calibre du grêle au-dessous de l'anse tordue. Le cæcum et le côlon ascendant sont plaqués dans la fosse iliaque droite par une membrane fibreuse. Section de la bride iléale. Suture de la paroi abdominale. Les jours suivants, nouvelle crise d'occlusion, puis fistule stercorale.

VI. — TOURNEUX.

Observation qu'a bien voulu m'envoyer M. le Docteur Tourneux de Toulouse et qui a été présentée à la Société de Médecine de Toulouse en novembre 1924.

Joseph D..., âgé de 74 ans, cultivateur à Salles (Haute-Garonne), a été envoyé d'urgence le 22 septembre 1924 à l'Hôtel-Dieu de Toulouse pour hernie inguinale droite étranglée ; il a été hospitalisé le même jour Salle Saint-Pierre.

Cet homme, dont les antécédents tant héréditaires que con-sanguins et personnels ne présentent aucun intérêt, présentait depuis une trentaine d'années une hernie inguinale droite dont il ne se préoccupait guère car elle ne le faisait aucune-ment souffrir. Habituellement réduite elle sortait de temps à autre lors d'un effort musculaire plus considérable. Joseph D... la réduisait alors très facilement ; il ne portait pas de bandage.

Le 20 septembre dans l'après-midi, alors qu'il était occupé à travailler aux champs, à la suite d'un effort très marqué, le sujet ressentit une douleur très vive au niveau de la région inguinale en même temps que la hernie devenait brusquement procidente. Assez étonné de ce phénomène douloureux qu'il n'avait jamais encore ressenti lors des descentes herniaires précédentes, Joseph D... essaya de réduire la hernie comme il en avait l'habitude ; mais il ne put y parvenir et comme il ressentait une sorte de gêne douloureuse dans toute la région inguino-abdominale droite il rentra chez lui et s'alita. Le len-demain il fit venir son médecin habituel qui ne pouvant pas non plus malgré plusieurs tentatives réduire la hernie pensa se trouver en présence d'un cas d'étranglement et conseilla l'envoi à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, ce qui fut fait dans la mati-née du 22 septembre.

En examinant ce malade on constate au niveau de la bour-se droite la présence d'une tumeur assez volumineuse, plus grosse que le poing, plutôt molle que dure, complètement ir-

réductible ; en la percutant on constate un mélange de sonorité et de matité, les tentatives de mobilisation et de refoulement sont douloureuses. Il n'y a d'arrêt ni des matières ni des gaz, et le malade a une selle abondante quelques instants après son arrivée à l'Hôpital. Le ventre est souple, non douloureux sauf dans la région inguinale droite qui est assez sensible ; le toucher rectal ne donne pas d'indication. L'examen des différents appareils de l'organisme est négatif ; ni sucre, ni albumine dans les urines ; température 37°2, pouls 84, état général très satisfaisant.

En présence d'un pareil cortège symptomatique, nous n'avons pas cru nous trouver devant une hernie étranglée (absence de dureté de la tumeur et d'arrêt des matières et des gaz) mais seulement devant une hernie irréductible dont il restait à rechercher la cause.

Il ne s'agissait pas évidemment comme le montrait l'anamnèse, d'une hernie irréductible par perte de droit de domicile ou du fait d'adhérences ; et la sonorité observée excluait une torsion épiploïque.

Nous avons alors pensé que l'irréductibilité devait être due à l'existence d'une tumeur développée au niveau de l'anse herniée et comme l'absence de tout symptôme particulier ne permettait guère de songer à un néoplasme de l'intestin nous avons envisagé la possibilité d'une tumeur du mésentère, lésion rare il est vrai, mais déjà observée par Lecène sous forme de kyste et par nous-même sous forme de fibrome. C'est à ce dernier diagnostic que nous nous sommes arrêtés et comme l'état du malade ne nécessitait pas une intervention d'urgence l'opération nécessaire, cependant, fut renvoyée au 25 septembre.

Elle eut lieu à l'anesthésie locale à la stovaïne. Le sac une fois largement incisé, on aperçut une anse d'intestin grêle rouge et luisante dont les deux branches étaient réunies l'une à l'autre par un mésentère épaissi, raccourci et induré offrant l'aspect d'un début de cicatrisation et qui était recouvert super-

ficiellement par un certain nombre de bandes fibreuses cicatricielles, le tout constituant la lésion connue sous le nom de *mésentérite rétractile*. L'anse herniée correspondait à la dernière anse iléale et tendait assez fortement la base du cæcum.

Devant cette constatation il était facile de faire la genèse des accidents observés. La mésentérite rétractile était ancienne, ment en évolution depuis plusieurs mois, mais n'avait pas encore acquis un point assez développé pour se traduire par des symptômes ; à la suite de l'effort considérable produit par Joseph D... dans l'après-midi du 20 septembre et de la contraction des muscles abdominaux, une anse intestinale, celle dont le mésentère était lésé, avait été poussée dans le canal inguinal droit par son sommet et c'est son volume plus considérable qui avait occasionné les phénomènes douloureux ressentis, lesquels ne faisaient que traduire le passage d'un corps à travers un orifice rétréci.

Cette anse une fois herniée il avait été impossible de la réduire car du fait de l'accolement des deux branches sur une certaine longueur, la tumeur herniée était trop considérable pour pouvoir franchir l'orifice inguinal ; et de plus comme cette anse tendait la paroi inférieure du cæcum il était facile de se rendre compte des phénomènes douloureux présentés par le malade.

Que fallait-il et que pouvait-on faire dans ce cas ? Assurément à première vue, une résection de l'anse herniée eût semblé le procédé de choix, mais outre l'inconvénient d'une intervention toujours choquante chez un homme âgé, anesthésié à la cocaïne nous ne savions si des lésions analogues ne siégeaient point sur d'autres segments intestinaux comme certains auteurs tels que Murard ont pu le remarquer ; nous aurions donc dû recourir à une laparotomie pour nous en rendre compte.

Dans un autre ordre d'idées, la mésentérite rétractile est une lésion évoluant lentement et comme chez notre sujet âgé de 74 ans elle ne s'était pas encore traduite par aucun symptôme.

me, on pouvait espérer, par une opération palliative, retarder d'une façon marquée l'évolution des accidents. Nous nous sommes donc raillés aux idées soutenues par Mauclaire en 1920 et qui lui avait donné de très bons résultats. Nous avons donc sectionné et excisé toutes les brides fibreuses qui recouvraient le mésentère ce qui entraîna un degré appréciable de libération de l'anse que nous avons réintégrée dans la cavité abdominale. La fermeture du canal inguinal fut faite par le procédé anté-funiculaire. Guérison sans incident.

M. le Docteur Tourneux dans la réponse qu'il fit à notre première lettre faisait suivre le résumé de son observation des réflexions suivantes :

Voici à mon avis ce qui a dû se passer :

Cette anse restée jusqu'ici dans l'abdomen, car la hernie était d'ordinaire déshabillée, est sortie lors de l'effort violent qu'a fait le malade et n'a pu rentrer. Il ne s'agit donc pas d'une lésion qui s'est constituée dans le sac herniaire mais dans l'abdomen, et qui n'a apparue qu'incidemment dans le sac. Je ne crois donc pas que ce cas que je viens de vous résumer très sommairement pourrait être utilisé par vous, car il s'agit en résumé d'une mésentérite rétractile au début, découverte parce qu'elle s'est constituée chez un hernieux. Si cependant vous pouviez en tirer parti, veuillez me l'écrire et je vous l'enverrais avec tous les détails.

VII. — DUBOUCHER. *B. M. S. C.*, 14 mars 1923.

Cinq observations de mésentérite rétractile. Rapport
de Mauclaire.

Obs. III. — Mésentérite rétractile sur le mésentère d'une anse grêle herniée.

A., 32 ans, entre dans le service de M. Vincent pour hernie inguino-pariétale étranglée. La hernie est congénitale et

elle est compliquée d'ectopie testiculaire ; elle était parfois indolore. Pas de bandage herniaire.

Opération. — Il y a un sac herniaire qui descend dans le scrotum avec un diverticule remontant sous la peau. Dans l'une des anses grêles étranglées ; on trouve le mésentère épaissi et couvert de cicatrices étoilées, rétractiles, nacrées, cartonnées au toucher et adhérentes aux parties voisines. Cette rétraction donne à l'anse totale une forme en oméga pouvant favoriser le volvulus. Les cicatrices empiètent par places sur l'intestin dont le calibre reste normal. Cure radicale. Guérison.

VIII. — DUBOUCHER, B. M. S. C., 14 mars 1923.

Obs. 1. — Mésentérite rétractile dans un sac d'événtration abdominale.

E..., âgé de 45 ans, présente une événtration après l'ablation de l'appendice faite il y a 18 ans. Depuis longtemps, la réduction du contenu était incomplète. Mais depuis 24 heures des signes d'obstruction intestinale sont apparus avec vomissements fécaloïdes.

Opération. — Après ouverture du sac on trouve le mésentère épaissi, sclérosé ; sur ses deux faces, on voit des cicatrices étoilées, blanchâtres, rétractiles ; plusieurs de ces cicatrices empiètent sur le péritoine qui entoure le grêle et elles en rétrécissent la lumière. Le mésentère présente les mêmes lésions un peu au-dessus et un peu au-dessous de l'anse étranglée.

Cure radicale de l'événtration. Guérison. — Les jours suivants, recherche de la réaction de Bordet-Wassermann. Elle est négative. Pas de signes de tuberculose. Antérieurement il n'y a jamais eu d'entérite ni de dysenterie.

IX. — QUENU. *Revue de Chirurgie*, 1914.

Obs. 2. — Le nommé G. F..., âgé de 43 ans, forgeron, entre à Cochin le 9 février 1911 pour une grosse hernie scrotale gauche.

L'existence de cette hernie remonte à vingt ans. Son volume s'est accru progressivement, puis il y a quatre ans elle est devenue irréductible et est restée telle jusqu'à ce jour, le malade n'a jamais porté de bandage.

Actuellement la hernie est volumineuse, scrotale et sa surface est parcourue par une circulation collatérale.

Les manœuvres de réduction sont absolument infructueuses. La palpation fait sentir une crépitation très nette.

Opération le 16 mars 1911.

On trouve une masse d'anses grêles, agglutinées. Cette masse est réséquée et on pratique une entéro-anastomose latérale.

Sorti le 4 avril. Revu un an après en excellente santé.

X. — BAISH. *Beiträge zur Klin. Chir.*, 1904.

Observation 5. — Wilhem B..., paysan âgé de 42 ans entre à l'hôpital le 3 janvier 1904. Il a une hernie depuis plusieurs années pour laquelle il a été réformé mais il dit être parfaitement bien portant. Les selles sont régulières.

Des troubles sont apparus à trois reprises. La première fois il y a deux ans et demi, le malade ressentit subitement dans la nuit de violentes douleurs dans l'abdomen localisées surtout dans la région ombilicale et durant jusqu'au lendemain. Une crise analogue s'est produite il y a un an et demi. Une 3^e fois encore il y a 6 mois : cette dernière était beaucoup plus violente et elle força le malade à s'aliter pendant deux jours. La maladie actuelle a débuté le premier janvier après « manger ». Le malade ressentit subitement de violentes douleurs dans le ventre accompagnées de vomissements. Le soir il allait encore à la selle mais depuis lors il n'a plus de matières, ni de

gaz. Les vomissements se sont répétés encore plusieurs fois mais ils n'étaient pas fécaloïdes. Un lavement ne ramène pas de selle.

Le malade n'a jamais accusé de troubles au niveau de sa hernie, il n'a jamais remarqué même au cours de ces derniers jours de modification à son niveau au cours des crises qu'il a présentées (elle n'était ni plus grosse, ni plus douloureuse). Il a porté un bandage. Quelquefois la hernie sortait sous le bandage mais il a toujours pu le réduire.

État actuel. — Homme grand, vigoureux, l'abdomen est ballonné, pas outre mesure cependant, grâce à la forte tension des muscles abdominaux. Le ballonnement est plutôt médian. La percussion donne partout un son très haut et tympanique. Dans la région vésicale et dans les parties déclives de l'abdomen seulement on peut trouver une faible zone de matité. Au toucher rectal on sent une forte distension des anses intestinales. Le diaphragme se trouve au bord supérieur de la 4^e côte. La matité hépatique mesure à peine une largeur de doigt (P). Il y a dans le thorax de nombreux râles de bronchite. Le malade présente un fort hoquet. Sa langue est sèche. Deux litres de liquide introduit en lavement resortent avec quelques matières fécales. Un lavage d'estomac ramène de nombreuses masses fécaloïdes et quelques grumeaux de matières fécales très reconnaissables.

La hernie inguinale droite est réductible et indolore.

Diagnostic clinique. — Sténose intestinale par étranglement, siégeant sans doute sur la partie inférieure de l'iléon.

Opération d'urgence. — Professeur Petterson.

Anesthésie avec un mélange de chloroforme et d'éther. Incision médiane sous-ombilicale, agrandie par la suite vers le haut et la droite. Il s'écoule un peu de sérum trouble. On tombe sur des anses intestinales fortement gonflées et rouges qu'on peut suivre jusque dans la région herniaire. Un cordon d'épiploon, rond et de la grosseur d'un pouce s'engage de haut en bas dans le sac herniaire auquel il est fortement

adhérent. Il étrangle obliquement (le bout proximal d') une anse intestinale en forme d'arc et d'une longueur d'environ 12 cm.. Ce cordon d'épiploon est reséqué sur une longueur d'environ 12 cm. et le collet du sac est fermé par en dedans. La compression récente n'a modifié que très peu la paroi intestinale qui paraît être viable. Par contre on trouve des modifications particulières en aval du point comprimé. L'intestin est étroit, coudé en de nombreuses circonvolutions grandes et petites, agglutinées par des adhérences en forme de ruban (ces modifications peuvent être suivies jusqu'au cæcum).

Ces adhérences dataient sans doute d'une période antérieure, car l'ensemble est agglutiné en un peloton si uni et si dur qu'il est impossible de faire une séparation sans laisser l'intestin. Comme il paraît douteux que l'intestin atonique puisse forcer ces coudures nombreuses, on fait une anastomose iléo-colique qui supprime approximativement 1 mètre et demi (anastomose au bouton de Murphy).

Diagnostic anatomique. — Occlusion par étranglement récent d'une anse intestinale par un cordon d'épiploon adhérent au sac de la hernie inguinale droite. A de multiples agglutinations de la partie intestinale situées au-dessous de l'étranglement dues peut-être à de multiples étranglements. Entéro-anastomose.

Résumé des suites opératoires. — Absès de la paroi. Fistule stercorale. Vers le milieu de la 4^e semaine l'écoulement de matières se tarit et le malade sort de l'hôpital le 33^e jour avec une petite plaie bourgeonnante.

XI. — CADENAT. *Société Anatomique*, 15 novembre 1919.

Etranglement dans une hernie inguinale d'une anse grêle présentant 21 coudures maintenues par des adhérences

Nous avons eu l'occasion d'opérer comme chirurgien de gar-

de un malade de 70 ans, porteur d'une hernie inguinale droite, étranglée. L'état chronique de l'intestin nous oblige à en réséquer 40 centimètres et c'est cette pièce opératoire que nous avons l'honneur de présenter.

A l'ouverture du sac nous découvrons un intestin rouge et bosselé qui nous donne l'impression d'être du gros intestin. En regardant plus attentivement nous constatons que ces bosselures sont dues à des coudures intestinales maintenues par des adhérences et nous avons pu compter 21 de ces coudures.

A certains endroits les adhérences sont si intimes qu'on a presque l'impression de fusion entre les deux segments accolés. L'anse afférente est rouge et distendue, du volume d'un très gros pouce ; l'anse efférente est blanchâtre et réduite au calibre d'un très petit doigt. Le mésentère est rétracté et épaissi ; il fut très difficile à extérioriser et l'anastomose latéro-latérale par nécessité un peu pénible à cause de cette rétraction même.

Il s'agit là peut-être d'adhérences dues à des phénomènes atténués de péritonite herniaire ; il n'y avait cependant aucune adhérence entre l'intestin et le sac. L'étranglement siègeait non pas au niveau de l'orifice inguinal profond, mais à la base du scrotum et était relativement peu serré. Peut-être s'agit-il aussi d'une mésentérite rétractile analogue à celle qu'on observe au niveau du côlon pelvien, mais à notre connaissance, aucun cas semblable n'a été publié. A la coupe il n'existait aucune lésion macroscopique de la muqueuse.

Au point de vue opératoire nous signalons la nécessité qu'il y avait dans ce cas de faire une résection, la différence de calibre entre les deux bouts de l'intestin eût suffi à démontrer les troubles de la circulation intestinale. L'anastomose ne put être termino-terminale, malgré les avantages de cette technique et je dus me contenter d'une anastomose latéro-latérale.

Le malade succomba quatre jours plus tard et l'autopsie ne nous montra aucune lésion semblable sur le reste de l'intestin

grêle ni sur le colon. La suture était parfaitement étanche et la bouche perméable.

XII. — LEVEUF. *Thèse de Blanchet*, Paris 1923.

Agglutinations chroniques des anses grêles dans les sacs herniaires.

Obs. 2. — Mésentérite rétractile chez un syphilitique.

C..., 51 ans. Entre à Cochin dans le service de M. le Pr Delbet, pour hernie inguinale droite, irréductible.

Depuis 10 ans le malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Une hernie gauche, beaucoup moins volumineuse est apparue 5 ans après celle du côté opposé.

La hernie droite est devenue progressivement irréductible depuis 4 ans. En même temps apparaissent des troubles nombreux, troubles digestifs, le malade perd complètement l'appétit ; crises de coliques douloureuses débutant au niveau de la hernie s'accompagnant de gargouillements bruyants suivies de débâcles fécales. De temps à autre surviennent des vomissements bilieux à peu près 3 heures après les repas.

Depuis une semaine les vomissements ont augmenté. La dernière selle date de 6 jours, mais le malade a des gaz.

Examen du malade : Hernie inguinale double à gauche : petite hernie réductible. A droite : volumineuse hernie, scrotales, irréductible.

Opération : Le 23 novembre 1921.

Après incision de la paroi on ouvre un sac mince contenant une petite quantité de liquide clair. On tombe sur une masse volumineuse d'anses grêles agglutinées. Cette masse ne présente aucune adhérence avec les parois du sac.

Après extériorisation de la tumeur qui est grosse comme une tête de fœtus, on repère l'anse afférente et l'anse efférente qui sont très près l'une de l'autre.

La seule conduite à tenir est la résection qui est effectuée sans incidents.

Anastomose termino-terminale. La différence de calibre des deux anses permet de faire une suture séro-séreuse après invagination.

« A noter que l'invagination est faite dans le sens rétrograde ».

Examen de la pièce (Herrenschmidt).

L'anse afférente est énorme et paraît à première vue formée de gros intestin.

En réalité, il s'agit de grêle dont le calibre est volumineux et dont les parois sont considérablement épaissies. Bout afférent : 5 millimètres d'épaisseur.

L'anse efférente est de calibre normal, mais les parois de l'intestin ont encore une épaisseur très supérieure à la normale.

(Bout efférent : 2 millimètres d'épaisseur).

Le paquet d'anses qui forme la tumeur est impossible à disséquer, tellement les adhérences sont étroites. Il existe une série de bosselures séparées par des portions rétrécies dues à des coutures de grêle formant éperon dans la lumière de l'intestin.

Le mésentère est très rétracté, en ne peut être repéré dans l'intervalle des anses agglutinées, sauf au niveau de la résection.

Suites opératoires : Sans incident.

Le Wassermann pratiqué dans le service avant la sortie du malade fut positif.

Examen histologique (Herrenschmidt).

Sur la masse intestinale enlevée, on a fait deux séries de coupes : des coupes sur le mésentère et sur l'intestin.

Coupes sur l'intestin : La muqueuse est intacte.

Sous-muqueuse : Les vaisseaux sont distendus par le sang, distension assez notable.

Muscleuse externe : Gros œdème presque partout.

Les champs leucocytaires sont beaucoup moins apparents.

Muscleuse interne : grosse infiltration de leucocytes, mononucléaires, éosinophiles infiltrés dans les espaces interfasciculaires, le tout baignant dans un œdème considérable.

Coupe sur le mésentère : (M. le Professeur Letulle).

La surface du mésentère est sclérosée. Elle se compose de tissu conjonctif jeune irrégulièrement dirigé dans tous les sens.

Sa partie centrale est beaucoup moins altérée. Les endothéliums des vaisseaux sont intacts. La lumière des veines est très élargie. Une seule veine de la coupe présente un caillot composé de 2 parties :

L'une récente fibrine ;

L'autre ancienne, placard fusiforme, dense, opaque, constitué par une matière amorphe coupée de place en place par quelques éléments cellulaires allongés donnant l'impression de cellules conjonctives altérées. Un thrombus pariétal s'est peut-être produit à cet endroit et aura été décollé ultérieurement par la distension subite du vaisseau, mais il faut avouer que la technique de la paraffine a disloqué toute cette région et ne permet pas de situer exactement le caillot par rapport au vaisseau. Il est difficile d'affirmer qu'on est en présence d'un îlot de thrombo-phlébite, vue l'impossibilité de repérer les parois vasculaires.

Peut-être aussi ne s'agit-il que d'un vieux caillot logé dans le tissu adipeux, et autour duquel une hémorragie s'est produite.

Cette seconde hypothèse paraît plus probante.

Artères : Toutes les artères que l'on voit dans le mésentère sont de dimensions moyennes, et remarquables par leur intégrité. Leur structure intime au point de vue élastique ne saurait être établie.

En résumé, les coupes nous montrent des signes de stase veineuse assez accusée, de l'hyperdiapédèse de polynucléaires éosinophiles sans traces d'artérite, avec intégrité parfaite de la muqueuse intestinale.

Nous avons pu revoir ce malade à Bagneux où il habite.

Il ne souffre plus de son ventre. Il mange à peu près. Plus de constipation. La cicatrice de sa hernie est parfaite.

La hernie inguinale gauche est toujours dans le même état. Du volume d'une petite mandarine, elle rentre très facilement.

Cependant un fait nouveau est survenu dans l'histoire du malade.

Dans le courant d'octobre 1922, il a fait un petit ictus avec hémiparésie gauche pour lequel il a été soigné à Cochin.

L'hémiparésie a presque complètement disparu maintenant

XIII. — DUJON. *Congrès Français de Chirurgie*, 1903.

Résection de 1 m. 60 d'intestin grêle ;
anus contre nature ; survie de huit mois.

L'observation se rapporte à un homme de 60 ans, auprès duquel je fus appelé au mois d'août 1901, par le médecin traitant qui fit le diagnostic d'occlusion intestinale.

Le malade était porteur, depuis l'âge de 22 ans, d'une hernie scrotale droite. Au moment de l'opération elle était sortie mais on ne pouvait la faire rentrer dans l'abdomen. Il semblait cependant que le scrotum et le canal inguinal n'étaient pas complètement vides, qu'il restait quelque chose d'anormal.

Mettant cela sur le compte du cordon et du testicule, je fis une incision médiane sous-ombilicale.

Après quelques minutes d'exploration, je ne trouvai rien au milieu de l'abdomen, mais je sentis à droite près de l'orifice profond du canal inguinal des brides qui me firent supposer que là était la cause de l'occlusion, que la réduction de la hernie était incomplète, qu'on avait affaire à un étranglement herniaire.

Je fermai de suite la première incision et ouvris le canal inguinal. Je trouvai une masse inextricable comprenant le testicule et les anses intestinales unies par de vieilles et solides

adhérences. Il était impossible de tirer quelque chose de cette masse agglutinée et je sectionnai en bloc intestin et cordon au ras de l'anneau. Les deux extrémités de l'intestin furent accolés en canon de fusil pour faire un anus contre nature. Le malade déjà vieux, emphysémateux ne semblait pas devoir supporter une suture intestinale et la remise en place du tout dans l'abdomen.

L'intestin déroulé avait une longueur de 1 m. 60. Le grand nombre de follicules clos et de plaques de Peyer indiquait qu'on avait affaire à la partie terminale de l'iléon.

Résumé de la suite de l'observation :

Guérisson. Impossibilité de détruire l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren pour fermer l'anus. Seconde intervention en février 1902 : Résection de l'anus, termino-latérale du grêle dans le côlon. Mort.

XIV. — PETIT.

Thèse de de Montille, Paris, 1901-1902.

P... J., quarante-huit ans, ouvrier typographe entre à l'Hôpital Necker au mois d'avril 1897 à la salle Malgaigne, dans le service du P^r Le Dentu. Cet homme était porteur d'une hernie inguinale droite dont il s'était aperçu pour la première fois à l'âge de 21 ans.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires ni dans ses antécédents personnels, si ce n'est un peu d'éthylisme.

À l'examen on voit une tumeur piriforme un peu plus volumineuse que le poing, descendant dans la bourse droite ; le testicule en est séparé et forme à la partie inférieure une saillie distincte.

À la percussion la tumeur est sonore dans presque toute son étendue, le palper nous permet d'apprécier la consistance molle avec des irrégularités.

Il s'agit nettement d'une hernie, car la tumeur présente un pédicule qui rentre dans l'abdomen par l'anneau inguinal.

Cet anneau est extrêmement élargi on en sent les bords amincis, du reste la paroi abdominale est notoirement affaiblie et a perdu de sa consistance.

Dans les efforts de toux la tumeur pointe en avant et on y sent de l'impulsion.

Bien que cette hernie, grosse il est vrai, ne fût pas parmi les plus volumineuses, toute tentative de réduction demeure infructueuse. On n'obtenait par le taxis qu'une réduction très incomplète et dès que la main était retirée toute la hernie ressortait brusquement. Le malade éprouve de temps à autre des douleurs vagues, parfois même des coliques revêtant un certain degré d'acuité.

Les crises de douleurs coïncident assez souvent, mais non toujours avec des périodes de constipation pendant lesquelles la hernie augmentait de volume et devenait sensible à la pression.

C'est précisément parce que ces phénomènes douloureux se répétaient d'une façon plus fréquente que le malade se décida à entrer à l'hôpital. Il avoue d'ailleurs que depuis qu'il s'est aperçu de cette hernie il n'a jamais pris aucune précaution. Il aurait essayé de porter un bandage il y a dix ans, mais ne put supporter cet appareil, soit qu'il fût mal fait ou mal appliqué, soit que la hernie fût déjà irréductible.

Opération : L'opération fut faite par M. Petit, interne du service.

Après avoir fait l'incision habituelle, on commence la recherche du sac. Cette recherche au milieu d'un tissu adipeux abondant est très difficile. On finit par trouver une partie dure, épaisse, que l'on pense être le sac enflammé. On incise avec précaution et on arrive dans la cavité intestinale.

Trois fois la même recherche conduit au même résultat. Enfin, dans une quatrième tentative on ouvre une petite cavité contenant un peu de liquide et qui est fermée en avant

par le sac péritonéal, en arrière par deux anses intestinales accolées en canon de fusil et d'ailleurs très adhérentes au sac.

Ne pouvant arriver à dégager davantage l'intestin, l'incision est prolongée en haut, au delà des limites de l'anneau inguinal, de façon à faire une hernio-laparotomie. On entre directement dans la cavité péritonéale. Au-dessus de l'anneau le doigt introduit à ce niveau perçoit une anse intestinale dont les deux branches accolées s'engagent dans le trajet inguinal et y adhèrent. On incise aussi le péritoine tout autour de l'anneau en le repérant avec des pinces. L'anse intestinale est alors libérée assez facilement. Mais on ne trouve pas trace de sac, celui-ci étant fusionné avec la séreuse de l'anse intestinale sur toute son étendue. D'ailleurs le mésentère entre les deux branches de l'anse s'était rétracté et ces deux anses étaient accolées en canon de fusil. Dans l'impossibilité de détruire cette condure intestinale, devant ce fait que l'anse ne présentait plus une surface séreuse et qu'elle avait trois fois été perforé, on résèque cette portion de l'intestin et l'on fait une entérorraphie circulaire à trois étages. Sutures du péritoine en surjet, reconstitution de la paroi abdominale ; comme l'intestin avait été ouvert, un drain est laissé à la partie inférieure de la plaie suturée. Le troisième jour le malade n'ayant eu aucune élévation de température, on change le pansément.

Le malade quitte l'hôpital guéri au bout d'un mois.

XV. — HERTZ. B. M. S. C., 25 mars 1925.

Sur les péritonites plastiques Rapport de Roux-Berger

Obs. II. — Péritonite agglutinante herniaire et rétro-herniaire de cause inconnue ; mésentérite rétractile.

N... (Ernest), 46 ans.

Entre à l'hôpital de Rothschild, le 7 janvier 1925, pour une hernie inguinale bilatérale.

Il s'agit des deux côtés de hernie scrotale, entérocele facile à réduire à gauche, difficile à réduire à droite, mais partiellement réductible.

Le malade va à la selle, ne vomit pas.

Le 8 janvier 1925 : La hernie droite semble beaucoup plus tendue ; elle est douloureuse, irréductible. On perçoit du clapotage dans le sac herniaire et également dans la fosse iliaque droite en la palpant.

Pas de nausées, ni de vomissements : aucun gaz depuis la veille.

En interrogeant le malade on apprend que depuis dix ans il souffre du ventre d'une façon à peu près continue. Sur ces douleurs se greffent des crises paroxystiques. Celles-ci surviennent surtout la nuit, deux ou trois heures après le dîner. Douleurs très intenses, mal localisées dans tout l'abdomen irradiant vers les bourses. Elles s'accompagnent de vomissements abondants biliaires et alimentaires. Au moment de ces crises ni selles ni gaz. Aucune modification concomitante des hernies.

D'une façon générale le malade est très constipé et ne va à la selle qu'avec des purgatifs.

Ces symptômes d'abord plus légers ont augmenté progressivement. Les crises de plus en plus fréquentes se renouvellent tous les trois ou quatre jours et durent plus longtemps.

Opération d'urgence le 8 janvier 1925. — Rachianesthésie à la scurocaïne adrénaline ; caféine sous-cutanée.

Incision de cure de hernie ; découverte du sac. Il est très tendu. On l'ouvre prudemment. L'intestin est collé contre le sac et lui adhère. J'agrandis et décolle au doigt. Il vient du liquide citrin clair. Je vais vers l'anneau inguinal, il est large et béant. Je décolle tout autour cette anse intestinale bizarre, pas noire : même pas foncée ; anse sans méso comme un sac. Je décolle le fond après agrandissement progressif vers le haut et le bas de l'incision ; en haut je mords même un peu sur le bord inférieur des petits oblique et transverse.

J'arrive à extérioriser un vrai sac intestinal inclus dans le sac herniaire en battant de cloche, tendu, gros comme mon poing.

Je l'extériorise davantage encore et vois venir, hors du ventre, avec difficulté d'ailleurs des masses d'anses grêles agglutinées, avec mésentérite blanchâtre, rétractile, mésentère très épaissi et infiltré, placards blanchâtres sur ses faces, sensation cartonnée.

Je finis par sortir un mètre cinquante à 2 mètres d'anses grêles conglomérées en paquets, dont on voit se dessiner les godrons inséparables les uns des autres ; par endroits on ne voit pas ces anses se séparer des voisines. Dans l'ensemble, à la surface de ces conglomérats des voiles membraneux blanchâtres et transparents.

Au milieu de ces éléments, celui qui était hernié semble à première vue un diverticule de Meckel, ce qui serait possible, étant donné son siège assez voisin du cæcum.

Je sors le cæcum d'une part et l'anse grêle saine en amont de ces paquets d'anses de l'autre.

Résumé de la suite de cette observation.

Appendicectomie. Résection de l'intestin grêle malade après anastomose latéro-latérale iléo-cæcale. Guérison.

Le malade présente Wassermann et Levaditi négatifs. Urée du sang 0 gr. 31. Coagulabilité 12. Rétractilité normale.

Examen de la pièce opératoire : 2 mètres environ d'anse grêle sont pelotonnés par de la péritonite adhésive. L'élément hernié est formé par une coque de pachy-péritonite herniaire enrobant une longue anse enroulée, accolée et fusionnée. Des examens ont porté sur des coupes de fragments prélevés sur les anses intra-abdominales et sur la coque de l'anse herniée. Il s'agit de péritonite agglutinative banale, péritonite chronique sans aucun caractère spécifique, tuber-

culeux ou syphilitique. Pour l'anse herniée, c'est de la pachypéritonite remarquable par son épaisseur.

XVI. — VIANNAY. B. M. S. C., 18 mai 1921.

Un cas de mésentérite chronique segmentaire

Observation. — R... (Antoine), cinquante-huit ans, passementier, entre dans mon service à l'hôpital de Bellevue le 19 novembre 1920, adressé par le Docteur Ramonet, de Saint-Genest-Malifaux, pour des symptômes d'occlusion intestinale datant de la veille.

A l'entrée, je constate : abdomen modérément ballonné ; vomissements alimentaires ; pouls 88 ; assez bon état général. Apyrexie. La cause de l'occlusion reste imprécise. Une hernie inguinale, gauche, ancienne, qui se laisse facilement réduire, n'est point douloureuse et doit être mis hors de cause. Aucune tumeur perceptible à la palpation de l'abdomen ni au toucher rectal. Malgré cette absence de constatation positive, les probabilités me paraissaient être en faveur d'un squirrhe du colon.

Comme les symptômes d'occlusion n'étaient point très pressants je diffèrai l'intervention.

Le 21 novembre, surlendemain de son entrée, le malade eut quelques gaz, puis le 22 une selle spontanée.

A quelques jours de là, les phénomènes d'occlusion ayant reparu je me décidai à intervenir.

Laparotomie sous-ombilicale médiane le 30 novembre 1920, sous éthérisation. J'explorai d'abord le gros intestin sur un point duquel je m'attendais à trouver une tumeur. Or, palpant depuis le haut rectum jusqu'au cæcum, je ne découvris aucun obstacle ni tumeur, ni bride, ni coudure.

Explorant alors le grêle, j'aperçus au milieu d'anses dilatées deux anses atelectasiées. Après éviscération, je constatai qu'il n'y avait ni torsion, ni coudure, mais que le mésentère

correspondant aux deux anses atélectasiées, c'est-à-dire à une longueur d'intestin d'un mètre environ, présentait un aspect très particulier ; il était épaissi, infiltré, œdémateux, parcouru en certains points de stries blanchâtres, ailleurs semé de taches laiteuses. L'intestin correspondant était uniformément réduit de calibre, mais sans aucun point sténosé. Nulle part, je ne rencontrai la moindre granulation tuberculeuse. Pas d'ascite.

Je restais un moment hésitant sur la conduite à tenir. Je ne trouvais ni bride à sectionner, ni vice de position de l'intestin à réduire ; d'autre part, la perméabilité du grêle ne semblait pas assez compromise pour nécessiter une entéro-anastomose, d'autant plus que cette anastomose eût dû être placée très haut sur le jéjunum ; enfin, la résection de tout le segment de mésentère malade eût nécessité une entérectomie portant sur plus d'un mètre et l'état général du malade ne me parut point permettre une intervention aussi grave. Aussi me bornai-je à refermer purement et simplement l'abdomen.

Les suites opératoires un peu incertaines pendant quelques jours devinrent ensuite franchement favorables. Lavements et purgatifs aidant, l'intestin reprit ses fonctions et l'état général se releva lentement.

Au début de janvier 1921, le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

XVII. — PELLETAN. *Clinique chirurgicale*, Paris, 1810, tome III, p. 434.

Hernie crurale dont l'inflammation résultait de la rétention des matières fécales dépendant de l'épaisseur des parois de l'intestin formant la hernie.

Observation 12.

Marguerite M., âgée de 83 ans, portait habituellement une hernie crurale qu'elle ne contenait pas par un bandage. Cette

hernie était étranglée depuis 8 jours, quand la malade fut présentée à l'Hôtel-Dieu ; elle avait des hoquets fréquents, des vomissements continuels, le ventre était extrêmement tuméfié et peu douloureux, la tumeur assez volumineuse et peu sensible.

L'ancienneté des accidents détermine à l'opération. A l'ouverture du sac il sortit une grande quantité de sérosité noirâtre sanguinolente ; nous trouvâmes dans son intérieur une petite quantité d'épiploon noir, plutôt par son ecchymose que par gangrène. L'intestin formant hernie de tout son calibre, était fort épais, squirreux et d'une couleur rouge foncé. La réduction se fit cependant avec assez de facilité.

Je prescrivis des demi-lavements purgatifs, une tisane huileuse, à cause de l'extrême faiblesse de la malade et de son grand âge.

La nuit suivante fut extrêmement troublée par des coliques violentes, des hoquets et des vomissements continuels. Le pouls était petit, faible et serré. L'introduction des lavements était impossible et le ventre très boursoufflé.

Le 3^e jour il n'y avait point eu de sommeil, mais un assouplissement continuel, de grandes douleurs de colique et une soif inextinguible. Les hoquets et les vomissements étaient moindres, la malade ayant eu deux évacuations de matières fluides et de l'odeur la plus fétide. La face était décomposée, la respiration laborieuse, le pouls obscur et d'une extrême faiblesse.

Le 4^e jour la malade avait eu de copieuses évacuations, mais seulement de matières fluides ; il n'y avait plus de vomissements, mais les hoquets étaient fréquents. La plaie était gangréneuse, la respiration pénible et la malade mourut le soir même.

Nous trouvâmes à l'ouverture du ventre le tube intestinal rempli de matières fécales, solides, jusqu'au lieu de la hernie. Là l'intestin avait ses parois épaisses de 6 lignes et sa cavité réduite presque des $\frac{2}{3}$. Cette portion faisait un angle

aigu avec celle qui était au-dessus : celle-ci était noire et presque en gangrène ; le reste des intestins supérieurs était généralement enflammé ; les intestins inférieurs contenaient encore beaucoup de matières fluides.

Il est évident que dans cette observation les accidents de l'étranglement dépendaient de la diminution du calibre de l'intestin faisant hernie et de l'angle aigu que l'intestin faisait avec la portion supérieure. L'opération avait favorisé l'évacuation des matières fluides, mais les matières solides étaient restées engouées dans les intestins supérieurs. Il est également probable que l'inaction absolue des parois du ventre avait été un obstacle à l'évacuation de ces matières qui ne pouvait se faire que par la seule action des parois du tube intestinal, action très affaiblie par la distension de ces parois et l'accumulation des matières.

XVIII. — HAASLER. *Archives für Klin. Chir.*, 1903.

Un homme âgé de 64 ans, très gras, entre à l'hôpital, pour une hernie étranglée. A son arrivée on ne constate pas de signe d'étranglement. L'anneau inguinal droit laisse passer 2 doigts et n'est pas douloureux. Le ventre n'est pas douloureux. Le malade rend des matières et des gaz. Il mange avec appétit. Le malade fait une pneumonie à laquelle il succombe au bout de 8 jours. Il n'a présenté, durant ces 8 jours, aucun signe attirant l'attention sur l'abdomen.

A l'autopsie : On trouve un sac herniaire, inguinal, vide, présentant des taches ardoisées. Dans la cavité abdominale, une anse intestinale qui présente des signes d'étranglement récent, réduit sans doute spontanément (rougeur assez forte au niveau des deux anneaux d'étranglement, sans troubles trophiques graves de la paroi intestinale) ; de plus, une autre anse intestinale qui, sur une longueur de 12 cm. environ (sur-tout au niveau de l'insertion du mésentère) présentait, ainsi

que son mésentère, une pigmentation ardoisée. Cette anse est sténosée. (Parois intestinales épaissies, plis exceptionnellement nombreux et élevés de la muqueuse). Tandis que le reste de l'intestin se laisse distendre par l'eau sous pression, cette anse reste rétrécie.

Ceci justifie peut-être l'hypothèse suivante : cette anse avait été étranglée antérieurement et s'est réduite spontanément (sa longueur correspondait à celle de l'anse étranglée récemment et spontanément réduite et de plus sa pigmentation était identique à celle du sac herniaire). On trouve de plus, un gros « appendice épiploïque » qui présente une pigmentation ardoisée, foncée, bien limitée du côté de l'intestin (P).

Dans les poumons, à côté d'inflammation récente de nombreux foyers calcifiés très petits. Nous ne voulons pas discuter si ceux-ci peuvent être mis en rapport avec les étranglements antérieurs.

XIX. — BRETON. *Observation 3, inédite.*

St..., malade âgé de 54 ans, entre à St-Antoine, dans le service du Professeur Lejars (salle Broca, le 23 décembre 1925).

Histoire de la maladie :

Depuis très longtemps — peut-être 20 ans — le malade présentait, dans la région inguinale gauche, une hernie grosse, dure, difficilement réductible, douloureuse. La hernie rentrait spontanément, mais incomplètement et le malade ne pouvait compléter la réduction. Il souffrait au niveau de sa hernie et aussi dans tout le ventre seulement lorsqu'il était fatigué jadis, puis plus fréquemment presque chaque jour. Presque chaque jour depuis plusieurs années survenaient par crises des douleurs violentes, durant 2 à 3 minutes, reprenant après quelques minutes d'accalmie, s'accompagnant de sensations de torsion, quelquefois de gargouillements et provo-

quant quelquefois des vomissements. C'est parfois sur une durée de 3 ou 4 heures que s'étageaient ces crises séparées par des accalmies de quelques minutes. Et parfois après 5 ou 6 heures de bien-être complet, le malade souffrait à nouveau. Ces crises, douloureuses, bien que moins violentes, survenaient cependant même lorsque la hernie était « rentrée ». Il allait à la selle tous les matins, parfois en diarrhée.

Le 20 décembre 1925, le malade se sent plus mal que d'habitude. Les coliques sont beaucoup plus violentes et les gargouillements plus marqués. Il est obligé de s'aliter. Du 20 au 23 décembre, il vomit 3 ou 4 fois, va chaque jour plusieurs fois à la selle en diarrhée, ne rend pas de gaz. C'est pour cette aggravation progressive de troubles très anciens, que le malade rentre à l'hôpital.

Antécédents :

Peu de choses à noter : c'est un réformé pour polype de l'oreille gauche (p), vieux toussueur, n'ayant présenté ni hémoptysie, ni crise d'étouffement.

Examen 23 décembre 1925 :

Hernie inguinale gauche, arrondie, du volume d'un œuf, ne dépassant pas la racine de la verge ; de consistance ferme, douloureuse (douleur plus vive au niveau du collet) ; mate à la percussion.

Abdomen légèrement ballonné ; douloureux dans son ensemble ; légèrement tympanique (pas de matité dans la fosse iliaque gauche).

Au niveau de la région inguinale droite, à la toux, légère voussure et impulsion ; il semble qu'il y ait là une amorce de hernie directe. Dans l'ensemble la paroi est déficiente.

Au cours de l'interrogatoire et de l'examen, le malade présente de temps à autre de courtes coliques. Pendant l'une d'elles se produisent des gargouillements que l'on entend du pied du lit.

Pouls à 80. Cœur et réflexes normaux. En arrière, quelques

râles de bronchite médians. Dans les urines, ni sucre, ni albumine.

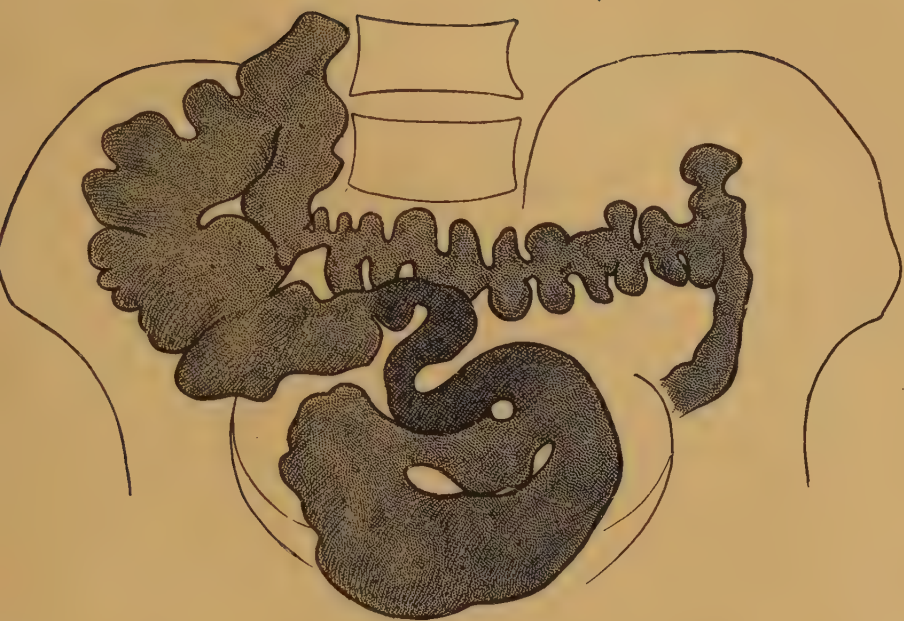
Première intervention 23 décembre 1925.

Rachi-anesthésie. Syncaïne, 7 cm. 5 ; aide LEBEL.

Ouverture de bout en bout d'un sac épais fibreux. L'anneau inguinal externe paraissait constituer un agent d'étranglement très large. Il s'écoule du liquide sanguinolent, sirupeux, gelée de groseille. L'anse herniée, longue d'environ 10 cm., forme une masse arrondie, ses deux segments se laissent aisément dissocier. Cette anse grêle présente à sa base deux traces circonférencielles de striction (celle du bout supérieur est plus marquée) où les lésions paraissent d'ailleurs minimales. Elle est de couleur presque normale, mais indurée, cartonnée, épaissie, sans souplesse, recouverte de taches leucoplasiques avec piquetés hémorragiques. Vers le sommet de l'anse existe une masse rouge noirâtre, sorte d'hématome au niveau de laquelle l'intestin adhère au sac et qui paraît infiltrer la paroi intestinale. Au cours de la libération, la séreuse se déchiquète, l'intestin se dépiaute.

En attirant l'anse herniée dans la plaie, on constate que l'intestin sus-jacent est considérablement distendu (volume de l'avant-bras au niveau du poignet) un peu congestionné, clapotant. Mais la paroi est mince, souple et le sillon de striction sépare nettement cet intestin de l'anse contenue dans le sac, d'aspect, de consistance, tout différents. Au contraire, l'intestin sous-jacent, à l'anse étranglée, présente exactement le même aspect que cette anse. De ce côté, j'extériorise dans la plaie tout ce que je puis attirer — 20 cm. environ — sans pouvoir trouver d'intestin sain. Le mésentère correspondant à l'intestin altéré (tant intra-saculaire qu'intra-abdominal) est épais, blanchâtre, porcelainé.

Je ne pratique pas de résection, car je ne puis pas attirer dans la plaie inguinale l'intestin sous-jacent aux lésions et, d'autre part, je ne veux pas prolonger l'intervention par une laparotomie médiane, car l'état du malade rachi-anesthésié me



Radiographie du malade de l'observation XIX (Cliché du Docteur BLONDEAU).

Tant sur le calque radioscopique que sur le cliché on voit : un paquet d'anses grêles -pubien d'où part une anse rétrécie longue d'environ 10 centimètres qui monte en haut à droite, et qui s'élargit brusquement, 2 centimètres avant de se jeter dans le cæcum où se termine.

Cliché tiré le 7 janvier 1926, à 3 heures de l'après-midi. Le malade avait absorbé un premier repas baryté à 4 heures du matin, un second à 10 h. 1/2. Le lendemain, 8 janvier, baryte remplit tout le cadre colique ; sans doute en reste-t-il dans le grêle, au-dessus du bois, mais l'on ne peut affirmer, sur le cliché, qu'il ne s'agit pas du sigmoïde.



H. Frantz

PLANCHE III

Observation XIX. — Pièce opératoire.

En D : section de l'intestin à 3 centimètres environ en amont du cæcum.

En A : sillon séparant l'intestin sain sus-jacent de l'intestin malade, compris entre A et D.

En C : brides fibreuses de mésentérie.

En B : tache blanchâtre présentant un piqueté hémorragique.

donne des inquiétudes. En présence de la dilatation considérable du segment supérieur de l'intestin et du rétrécissement probable de l'anse grêle herniée, j'aurais volontiers pratiqué une fistule du grêle à la Witzeald, si le malade n'avait pas présenté au cours de l'intervention, vraisemblablement sous l'influence de la rachi-anesthésie, une débâcle considérable de matières. Je me contente d'accoler par quelques points, à la face profonde du collet du sac, la petite zone dépérotisée, dépiautée, de l'anse herniée. Fermeture en bourse du sac au niveau du collet. Oblitération du sac laissé en place. Deux plans devant le cordon.

Au cours de l'intervention, l'état du malade fut assez inquiétant. Il présentait une gêne considérable pour respirer et de temps à autre de demi-syncope. L'anesthésie est parfaite. Cependant le malade geint, crie, se plaint de coliques atroces (même lorsqu'on n'exerce aucune manipulation sur l'intestin et son méso). On voit l'intestin se contracter violemment, il semble que des matières liquides franchissent l'anse herniée et vers la fin de l'intervention le malade baigne dans une mare de matières liquides, grisâtres, fétides.

Seconde intervention 12 janvier 1926.

La guérison s'est produite sans aucun incident. Le malade ne souffre plus.

Un examen radioscopique et radiographique pratiqué par le Docteur Blondeau montre une sténose légère de la partie terminale du grêle.

D'autre part, l'état du malade est excellent (il tousse peu et n'a pas de bacilles de Koch dans ses crachats. Le Wassermann est négatif. Dans les urines, ni sucre, ni albumine. L'azotémie est de 0 gr. 23, 3 heures après le repas).

On décide d'intervenir à nouveau pour réséquer l'intestin malade.

Chloroforme. Aide DEVAUX-LEPAGE. Laparotomie médiane sous-ombilicale courte à petits coups de ciseaux, on parvient à libérer sans ouvrir le grêle ; l'adhérence créée au cours de

l'intervention précédente entre l'intestin et la face profonde de la région inguinale gauche. Le cæcum peut être attiré dans la plaie.

Réssection de l'intestin sur 30 cm. environ. La section passe à plusieurs cm. des lésions sur le bout supérieur. Mais, sur le bout inférieur, la section passe à 3 cm. du cæcum, et là l'intestin, dont les lésions s'atténuent progressivement vers le cæcum, est encore légèrement indurée. Dans la portion réséquée, le mésentère épaissi crie sous les ciseaux.

Anastomose à trois plans : iléo-cæcale, latéro-latérale, au ras du cul-de-sac iléal. Fermeture de la brèche des mésos. Guérison sans aucun incident. Le malade quitte le service à la fin de janvier 1926.

En réunissant les renseignements recueillis au cours des deux interventions et fournis par l'examen de la pièce opératoire, voici comment on peut schématiser les lésions :

30 cm. environ d'intestin grêle présentent un aspect squirreux, induré et cartonné, offre des taches leucoplasiques à piquetés hémorragiques. Au long de son bord mésentérique existent quelques bandes fibreuses, le mésentère correspondant est épais, blanchâtre, porcelainé, crie sous le ciseau.

Les 10 cm. supérieurs étaient contenus dans un sac herniaire partiellement adhérent. Un sillon d'étranglement séparait nettement l'intestin malade du grêle sus-jacent. Au contraire, les lésions se continuaient de l'anse herniée sur le grêle sous-jacent jusqu'à 3 cm. du cæcum. De ce côté, les lésions allaient en se dégradant progressivement.

A la coupe : l'intestin présente à peu près la moitié de son calibre normal. Sa paroi est très épaisse : musculeuse, mais séreuse surtout, — qui mesure plusieurs mm. La muqueuse est saine. L'examen histologique (Giet) : pas de lésions spécifiques, lésions banales d'inflammation chronique.

XX. — BRETON. *Société anatomique*, 4 mars 1926.

L..., malade de 70 ans, entre à Saint-Antoine, dans le service du Professeur Lejars, salle Broca, le 21 mars 1925.

Histoire de la maladie :

Le malade a remarqué il y a dix ans environ une hernie inguinale gauche. Celle-ci rentrait aisément. Elle grossit petit à petit.

Depuis trois ans environ, il présente des troubles intestinaux. Pendant deux ou trois jours chaque mois surviennent des coliques à type de torsion, généralisées à tout le ventre, durant dix minutes, revenant toutes les heures, n'empêchant pas le malade de travailler. Quand la hernie est sortie, elle forme maintenant une masse dure ; elle rentre toujours facilement en gargouillant quand le malade presse sur elle ou se couche. Bien que le malade souffre peu lorsqu'elle est rentrée, il ne semble pas qu'il y ait de rapports bien nets entre la sortie de la hernie et les crises de coliques. Le malade allait à la selle tous les jours ou tous les deux jours, mais un peu plus irrégulièrement que jadis.

Depuis trois mois environ, la hernie ne rentre plus du tout, les crises de coliques sont presque journalières, s'accompagnant parfois de nausées. Le malade ne va à la selle que tous les deux jours.

Enfin, depuis 15 jours, l'état s'aggrave. Depuis 8 jours surtout, les coliques sont terribles, revenant toutes les deux heures, durant pendant un quart d'heure, maximum au-dessus de la région inguinale gauche (« ça tournait », dit le malade). Il ne semble pas qu'il y ait eu de gargouillements. Le malade a des nausées. Mais il ne présente pas d'arrêt des matières et il rend des gaz, cependant il éprouve une « difficulté » plus grande à aller à la selle.

C'est la violence exagérée des coliques, le vomissement du matin même qui amènent le malade à l'hôpital.

Examen du malade :

Dans la région inguinale gauche, voussure oblique en bas et en dedans. On sent une masse un peu plus grosse que le poing, oblongue, lisse, de consistance charnue, sans impulsion à la toux, mate à la percussion.

Le ventre est légèrement ballonné et sensible : douleur nette au niveau de la fosse iliaque gauche.

Température normale. Pouls 90.

Malade très gras (dont le cœur, les poumons, les urines, les réflexes sont normaux).

Intervention 21 mars 1925.

Chloroforme. Aide LEPAGE.

Réséction d'une anse grêle contenue dans le sac. Anastomose latéro-latérale en deux plans. Fermeture en bourse du sac au niveau du collet. Oblitération du sac laissé en place. Deux plans devant le cordon. La paroi est déficiente.

Suites opératoires :

Simple. Un petit abcès sous-cutané n'oblige pas à désunir.

Revu le 20 janvier 1926. Ce malade se proclame guéri, il ne ressent plus la moindre colique et va maintenant chaque jour à la selle. Mais il présente un gros effondrement de la paroi inguinale. Il y a là une masse du volume du poing aisément réductible dans laquelle on sent une boule dure, ferme, du volume d'un petit œuf (P).

Etant donné l'âge du malade et son embonpoint, on lui conseille de porter un bandage et de faire surveiller sa hernie.

Lésions constatées au cours de l'intervention et à l'examen de la pièce opératoire.

C'est avec beaucoup de peine, en sculptant en certains points dans le sac adhérent, qu'on parvient à libérer son contenu. Et deux faits étonnent tout d'abord : 1° l'intestin contenu dans le sac n'est ni noir ni violacé, pas même rouge, mais il est rose, ne rappelant en rien l'aspect d'un intestin étranglé ; d'ailleurs, l'anneau inguinal est large et en réalité, il n'y a pas d'étranglement ; 2° le contenu du sac est une sor-



PLANCHE IV

Observation XX — Pièce opératoire vue et ouverte par sa face antérieure.

A et B : bouts inférieurs et supérieurs, normaux d'une anse grêle dont les deux segments se sont intimement fusionnés en D.

Remarquer dans l'angle C les traînées blanchâtres sur un mésentère épais, et en E, sur la pièce ouverte, une grosse et large bande fibreuse.

Légende de la coupe :

F : mésentère.

G : paroi intestinale.

H : lumière intestinale.

I : corne fusionnant les deux segments de l'anse et le mésentère.



te de boudin (D) long de 10 cm., épais, de consistance charnue, dont l'extrémité inférieure, celle qui répondait au fond du sac, est arrondie. Lorsqu'on l'extériorise complètement, on voit s'implanter sur son extrémité supérieure celle qui répondait au collet du sac, deux anses grêles absolument normales (A et B). Elles ne sont pas dans le prolongement l'une de l'autre, mais elles font entre elles un angle (C) de 90° environ. Le mésentère compris dans cet angle est épais et présente des traînées, des taches blanches laiteuses.

S'agissait-il d'un diverticule de Meckel, bien que la hernie fût à gauche, ou d'une anse intestinale dont les deux segments étaient étroitement agglutinés ? L'examen de la pièce confirme cette dernière hypothèse.

Péniblement, l'on parvient à cliver l'angle (C) que forment les deux bouts intestinaux (A et B). Et l'on constate que le boudin est formé par une anse intestinale dont les deux segments et le mésentère sont agglutinés, entourés par une coque très épaisse. Les deux segments de l'anse sont très légèrement rétrécis ; mais, à son sommet, ils se coudent à angle très aigu pour cheminer parallèles.

Muqueuse normale, musculeuse et surtout séreuse extrêmement épaissies, épaississement maximum vers le sommet de l'anse.

XXI. — BRETON, *Observation 5, inédite.*

Malade morte en occlusion à la suite d'un accident de rachianesthésie (Girode).

Aucun renseignement clinique.

Autopsie. — Bicêtre, 9 mai 1926 :

Voie inguinale droite et laparotomie médiane.

Hernie inguinale droite directe. Section du grand oblique. Ouverture d'un sac épais qui contient un peu de liquide citrin. On mord sur le petit oblique et le transverse, on section-

ne les vaisseaux épigastriques ; l'on peut ainsi ouvrir le sac jusqu'au niveau de son collet et pénétrer dans l'abdomen.

On trouve sur la paroi interne du sac, un peu au-dessous du collet, une sorte de diverticule rougeâtre non gangrené, mollement adhérent, et dont la base était le siège d'un étranglement large. Ce n'est pas un diverticule de Meckel, mais un diverticule du bord libre du grêle, faux diverticule, d'ailleurs, causé sans doute par l'adhérence du bord libre de l'intestin au sac herniaire. On se trouve donc en réalité en présence d'un pincement latéral de l'intestin.

L'anse afférente est antérieure et supérieure, l'anse efférente est postérieure et inférieure : il semble qu'il y ait une ébauche de torsion de l'anse au niveau du diverticule adhérent. Cette torsion était vraisemblablement la cause de l'occlusion (au-dessus du diverticule l'intestin est fortement dilaté, la dilatation est maximum à l'origine du jéjunum, le duodénum est distendu et clapotant, l'estomac contient du liquide jaunâtre, d'odeur fécaloïde).

A 20 cm. environ au-dessus du diverticule, le grêle présente une sorte d'anneau grisâtre, large de 1 mm., au niveau duquel on sent un bourrelet fort net ; l'intestin ne présente aucune diminution de calibre en ce point. A la coupe, la muqueuse est intacte, la séreuse paraît l'être, mais les couches intermédiaires sont très épaisses, doublées d'épaisseur. Il s'agit vraisemblablement d'une cicatrice due à un étranglement ancien.

Au bord mésentérique du grêle, sur 2 cm. en amont et 2 cm. en aval de cette cicatrice, sur $\frac{1}{2}$ cm. de hauteur environ, sont des traînées blanchâtres qu'on ne retrouve nulle part ailleurs sur le grêle, traînées rappelant l'aspect de la mésentérite rétractile. (Elles sont horizontales, parallèles à l'intestin, l'une d'elles forme une petite tache lenticulaire dont les contours sont vaguement étoilés).

Note. — Le diverticule siège à 2 m. de l'angle duodéno-jéjunal et à 3 m. 15 de l'angle iléo-cæcal.

XXII. — GUIGNARD. *Thèse de Paris*, 1846.

Du rétrécissement de l'oblitération de l'intestin
dans les hernies

Observation de GUIGNARD, dont le résumé a été présenté à la Société Anatomique, en mai 1842.

Marie D..., âgée de 47 ans, entre le 18 janvier 1842 à l'hôpital Necker, dans le service de M. BRICHETEAU. Une année avant, ayant fait un effort pour porter un lit, la malade sentit un craquement dans l'aîne et vit apparaître aussitôt en ce point une tumeur de la grosseur d'une noix. Cette tumeur augmenta d'abord de volume et pendant huit jours, bien que la blessée y mit tous ses efforts, elle ne put la faire rentrer. Ce n'est qu'au bout de ce temps, et après l'avoir recouverte de cataplasmes, qu'elle y parvint : depuis lors, elle ne consulta personne, et comme elle ne portait pas de bandage, la hernie sortait souvent, principalement à l'époque menstruelle.

Dimanche 16 janvier 1842; sans avoir fait aucun effort extraordinaire, la malade fut prise de colique, de vomissements bilieux et de douleurs dans l'aîne. Un médecin appelé le 17 reconnut l'étranglement et fit de vaines tentatives de réduction. Le 18, cette femme entra à l'hôpital. Il y avait alors ballonnement du ventre, nausées, vomissements ; un bain fut prescrit inutilement. Le soir même, l'opération fut pratiquée. La peau offrait de la rougeur. Elle fut incisée ainsi que le tissu sous-jacent. Le sac largement ouvert laissa voir une masse blanchâtre qui ne ressemblait pas à de l'intestin étranglé ; cependant, le débridement fait, on reconnut que c'était lui. La réduction fut opérée, le pansement ordinaire appliqué. Le même soir, M. NEELTON, qui remplaçait Auguste Bérard, ayant fait cette opération avec toute la prudence et l'habileté qu'on lui connaît, prescrivit une bouteille d'eau de Sedlitz et une portion calmante.

Le 26 février, la malade quitte l'hôpital après des suites opératoires assez mouvementées. Le 7 mai, elle rentre dans le

service Brichetaud ; bien que mourante, elle raconte que depuis sa sortie, les selles ont toujours été très difficiles et très éloignées, qu'elle était sans cesse obligée de recourir aux purgatifs et que depuis 5 jours, les évacuations alvines sont tout à fait supprimées.

« Traitement médical. Rien ne fut produit par ces moyens énergiques ». Mort.

Autopsie le 10 mai : Outre des lésions paraissant relever de la péritonite banale, voici ce qu'a observé GUIGNARD : Au niveau du ligament de Fallope, du côté gauche, on remarquait une anse d'intestin grêle de 6 à 7 cm. de long, terminée à chaque extrémité par deux rainures circulaires profondes autour desquelles il y avait, comme dans les environs, des fausses membranes irrégulièrement placées. Au-dessus du rétrécissement supérieur, le calibre du grêle est notablement accru ; entre les deux rétrécissements et au-dessous, il est moindre que normalement (un peu au-dessus du rétrécissement inférieur, perforation). L'anse prélevée, étudiée par sa face interne, présente un rétrécissement supérieur de 12 à 15 mm. de diamètre, un rétrécissement inférieur de 1 cm. seulement. A la hauteur de l'un et de l'autre, les tuniques étaient détruites dans une partie plus ou moins étendue de leur épaisseur ; vers le rétrécissement inférieur, il ne restait plus que le péritoine dans un point très limité et voisin de la perforation ; mais dans les autres points de ces ulcérations, les tuniques internes étaient partiellement détruites. Au niveau du rétrécissement supérieur, il y avait même, dans une certaine étendue, les 2/5 environ, un commencement de cicatrisation : la surface en ce point était lisse et offrait toute l'apparence de la cicatrice d'une muqueuse.

XVIII. — JEAN. B. M. S. C., 9 décembre 1925.

Trois cas de mésentérite rétractile — RAPPORT DE MAUCLAIRE

Obs. II. — Hernie étranglée. Rétrécissement tardif du grêle

et mésentérite rétractile. Coudures intestinales. Entéro-anastomose. Guérison.

Nous sommes appelés, avec le D^r Villechaise le 8 juin à Hyères, auprès d'une malade qui, depuis 2 mois environ, présentait des signes de petite obstruction, et qui, depuis 20 heures, était en pleine occlusion aiguë. Cette malade avait été opérée deux ans avant de hernie inguinale droite étranglée ; au cours de l'intervention, on constata sur le grêle des lésions de striction assez sérieuses, mais paraissant superficielles, qui furent enfouies ; suites opératoires très simples.

Il s'agit actuellement d'un syndrome d'occlusion complet paraissant siéger sur le grêle ; nous pensons aussitôt à la possibilité d'un rétrécissement tardif du grêle après étranglement herniaire et opérons d'urgence.

Il s'agissait bien d'un rétrécissement de cette nature : la circulation fut rétablie par anastomose latéro-latérale et la malade guérit.

Sur le mésentère, à la hauteur du rétrécissement qui siégeait sur le dernier mètre de l'iléon, existaient trois larges étoiles blanches cicatricielles, épaisses, avec brides rayonnantes, mais ces brides n'étranglaient pas le grêle, qu'elles n'atteignaient pas et qui était sténosé par le rétrécissement. Le mésentère, épaissi et rétracté, n'avait que 3 centimètres de hauteur environ et il accolait l'anse au rachis lombaire ; mêmes lésions prédominant sur le feuillet droit du mésentère sur une longueur de 1 m. $\frac{1}{2}$ environ en amont ; là encore, l'intestin présentait des coudures, et le court circuit par anastomose latéro-latérale fut établi en un point où le mésentère présentait une longueur presque normale.

Dans ce cas, il nous paraît qu'il y a eu ou hématome du méso qui s'est résorbé en laissant du tissu cicatriciel, ou lésion ulcérate de la muqueuse lésée par la striction suivie d'infection, de lymphangite et enfin de rétraction cicatricielle. Cette dernière pathogénie nous semble la plus probable, car,

au moment de la première opération, aucune lésion du mésentère ne fut constatée.

XXIV. — TETANI. *Il Morgagni*, décembre 1913.

Mésentérite rétractile par inflammation herniaire et mésentérite sclérosante d'origine vasculaire (trois cas de mésentérite sténosante).

Observation I. — Il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans, nommé da Mirabello, qui fut opéré d'urgence le 4 juillet 1912 pour hernie inguinale étranglée. A l'intervention, on trouva : un sac herniaire contenant une quantité modérée de liquide séro-sanguinolent et dans lequel se trouvait une anse grêle étranglée avec un segment de son mésentère ; anse simplement congestionnée dans toute sa superficie ; sur les parois, pas de taches ecchymotiques, encore moins de nécrose, le péritoine qui la recouvrait était d'aspect normal, ainsi que son mésentère. L'opération se limita à déterger abondamment l'intestin hernié avec du sérum physiologique chaud, et comme l'anse étranglée ne semblait pas susceptible de présenter des lésions ultérieures, elle fut réintégrée dans la cavité abdominale. Procédé de Bassini. Les suites opératoires furent normales et le malade sortit de l'hôpital le douzième jour complètement guéri.

Mais, quatre mois après l'opération et 3 jours avant sa seconde entrée à l'hôpital, le malade fut pris de douleurs abdominales violentes localisées à l'épigastre avec irradiation dans tout le voisinage, accompagnées de vomissements et d'éructions. Un purgatif huileux ne produisit aucun effet et l'état du malade s'étant aggravé, il fut amené de nouveau à l'hôpital. Il était notablement déprimé et pâle. Le pouls était à 90, tendu, régulier, mais petit ; température à 38, 38°5 ; l'abdomen tendu et contracté était douloureux, particulièrement à l'épigastre ; matité hépatique et splénique normale ; aucune

trace d'ascite, mais arrêt des matières bien qu'on eut recours à tous les expédients thérapeutiques indiqués dans ce cas ; les urines contenaient une notable quantité d'indican. Le jour suivant, devant l'aggravation du tableau clinique (augmentation des douleurs, dépression du malade, apparition de vomissements bilieux et fécaloïdes), le malade fut opéré.

Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le péritoine étant ouvert, on trouve une petite quantité de liquide citrin, pas de pus. Une portion du côlon étant extériorisée, on découvre un paquet d'anses grêles profondes, comme collées à la colonne vertébrale, unies entre elles par de petites adhérences lâches. Mais la lésion importante siège sur le mésentère de ces anses adhérentes. Il est notablement réduit de longueur, il apparaît contracté, ratatiné, si bien qu'il n'est pas possible de mobiliser et de soulever de la paroi abdominale postérieure les anses intestinales qui, même disjointes, sont cependant étroitement adossées l'une à l'autre. Cette rétraction est si forte que le bord libre de l'intestin est comme tourné vers la colonne vertébrale, où il s'insère de sorte que la lumière de l'organe est oblitérée. En dehors de cette région, toute la masse intestinale paraît normale. Etant donné l'impossibilité de lever l'obstacle mécanique et pensant au danger auquel nous serions exposés en voulant l'affronter (d'autant plus qu'en libérant les adhérences, une notable partie de l'intestin avait été dépéritonisée), nous avons dû réséquer cette portion du grêle et recourir ensuite à une anastomose termino-latérale des extrémités saines. Le segment d'intestin réséqué mesurait, une fois déroulé, 1 m. 70 de long.

Le malade s'est rétabli avec une rapidité relative, si nous considérons la longueur de la résection. Il continue à se nourrir avec grand appétit. Il a augmenté de poids et il n'est guère incommodé par le reliquat d'une fistule suppurée qui esé actuellement en voie de guérison.

XXV. — NICAIZE. *Revue de chirurgie* 1881, B. M. S. C. 1880.

Un homme de 45 ans est transporté dans mon service à l'hôpital Laënnec le 18 octobre 1880.

Ce malade a eu autrefois une hernie inguinale droite qui s'est étranglée et a été opéré à l'hôpital Necker en mai 1875, il y a 5 ans.

Depuis ce temps, il était fréquemment sujet à des vomissements et à de la diarrhée ; il éprouvait des coliques atroces qui se montraient brusquement.

Dans les premiers jours d'octobre, il eut un peu de fièvre, puis quelques troubles digestifs. Il a ressenti des douleurs dans la région inguinale droite. L'abdomen s'est gonflé, surtout à droite. Les selles étaient régulières, l'appétit bon. le malade restait levé la plus grande partie de la journée.

Résumé de l'observation à partir du 11 octobre : Il fut pris ce jour-là de malaises et eut un vomissement assez abondant. L'état s'aggrave, vomissements qui deviennent fécaloïdes et le 18, le malade présente tous les signes d'une obstruction intestinale suraiguë.

Étant donné le commémoratif d'une ancienne hernie étranglée, je suis porté à penser que les accidents actuels sont dus à un rétrécissement de l'intestin ; d'un autre côté, la hernie siégeait à droite et nous trouvons de ce côté de la matité et une douleur plus marquée que dans les autres points de l'abdomen ; ceci autorisait à supposer que l'obstacle siégeait dans cette région.

Intervention. — Entérostomie sur une anse dilatée qui se présentait à la plaie et n'avait pu être tirée au dehors. Il s'écoula des flots de liquide aqueux, sale, jaunâtre, ayant à peine l'odeur intestinale. Il entraînait quelques matières alimentaires non digérées, des pellicules de raisin et de haricots. Mort dans la matinée.

Autopsie. — Pas de traces de péritonite, pas d'épanchement dans le péritoine.

L'épiploon adhère par un prolongement graisseux à la face

profonde de la cicatrice de l'opération de la hernie étranglée et forme une sorte de bride lâche qui passe en avant des intestins et ne gêne pas leurs déplacements.

Le sac de la hernie ancienne a complètement disparu, et il n'y a pas à ce niveau la moindre dépression du péritoine. Il est probable qu'au moment de l'opération le sac a été excisé.

En examinant les anses intestinales, on trouve en un point un rétrécissement considérable. L'intestin grêle est alors détaché du mésentère. Le rétrécissement siège à 3 m. 10 du pyllore.

Au niveau du rétrécissement, l'intestin, comme le montre la figure 13, présente une disposition qui rappelle assez exactement l'union de l'intestin grêle avec le cæcum. Le bout inférieur représente l'intestin grêle et le bout supérieur, le cæcum.

Ce bout supérieur présente au-dessus du rétrécissement une ampoule qui mesure plus de 6 centimètres de diamètre transversal et 9 centimètres de longueur. Au-dessus, l'intestin grêle présente des dimensions de beaucoup supérieures à celles qu'il a d'ordinaire ; son diamètre est de 4 centimètres et ses parois, très épaissies, ont de 2 à 3 millimètres d'épaisseur ; l'épaississement porte sur les trois tuniques : séreuse, musculuse, muqueuse. Les couches musculaires circulaires et longitudinales se distinguent avec la plus grande netteté. La muqueuse ne présente ni inflammation ni ulcération en aucun point de l'ampoule et du bout supérieur.

L'hypertrophie des tuniques intestinales remontait très haut vers le pylore et s'observait dans l'étendue de plus de 1 m. 50. La dilatation de l'intestin et son hypertrophie étaient régulières, sans diverticules latéraux.

L'ampoule communique avec le bout inférieur par un orifice qui est situé non pas au niveau du point où le bout inférieur vient rencontrer l'ampoule, mais sur la paroi même de celle-ci. En effet, en examinant la pièce, on reconnaît que le bout inférieur se prolonge sur la surface de l'ampoule à la

quelle il est intimement adhérent et qu'il forme à la surface de celle-ci une petite anse dont les deux parties sont adhérentes entre elles, en même temps qu'à l'ampoule. Il en résulte que les matières intestinales devaient décrire un trajet en S pour passer du bout supérieur dans l'inférieur. L'orifice qui fait communiquer l'ampoule avec le bout inférieur est étroit et reçoit à peine l'extrémité du doigt ; il n'y a en ce point ni rétrécissement cicatriciel, ni hypertrophie annulaire des parois ; l'orifice est souple.

Le bout inférieur de l'intestin grêle est rétréci ; son diamètre n'atteint pas 2 centimètres ; les parois sont amincies ; il en est de même du cæcum et du côlon. Le gros intestin est vide.

L'incision faite à l'intestin grêle pour l'établissement de l'anus artificiel était située à 20 centimètres au-dessus de l'ampoule.

Contenu de l'ampoule. — Ce contenu est assez curieux : il était formé par une grande quantité de grains et de pépins de raisin, de péricarpe, de gros haricots, par des masses volumineuses constituées par des débris de tendons, du tissu fibreux et élastique, ainsi que le microscope l'a démontré. Il y avait encore sept noyaux de prunes, six os de pieds de mouton et une vertèbre cervicale de poulet. Tous ces corps formaient une masse qui emplissait l'ampoule et à travers laquelle les produits de la digestion filtraient déjà depuis quelque temps sans doute.

Mode de formation du rétrécissement. — D'après les commémoratifs, il est probable que, chez notre malade, le rétrécissement a eu pour point de départ la hernie inguinale étranglée en 1875. Nous manquons de renseignements sur ce qu'a été cette hernie, nous ne savons si, lorsqu'elle s'est étranglée, il s'agissait d'une hernie ancienne ou d'une hernie récente. A-t-on réduit une anse d'intestin dont les deux parties étaient accolées ensemble, c'est possible ; on peut le supposer d'après l'examen de la pièce (celle-ci est déposée au musée de l'hôpital Laënnec).

En effet, on y observe une anse intestinale dont les deux parties sont soudées ensemble, dont l'une, appartenant au bout supérieur, s'est dilatée tandis que l'autre conservait son calibre et même diminuait. Le point rétréci se trouve au niveau du coude formé par l'union des deux parties de l'anse au niveau du sommet de l'anse. En ce point, la circulation des matières intestinales était gênée ; le bout supérieur, dans lequel les matières s'accumulaient, faisait effort pour franchir cet obstacle ; la conséquence de cette distension et de ces efforts répétés fut la dilatation du bout supérieur, la formation de l'ampoule et l'hypertrophie des tuniques de l'intestin. La disproportion entre les bouts supérieur et inférieur devenait de plus en plus considérable, et le cours des matières plus difficile.

D'autant plus qu'au-delà de ce premier coude, il en existait un second sur le bout inférieur rétréci, au niveau du point où celui-ci abandonnait l'ampoule à laquelle il adhéraient. Le trajet que les matières avaient à parcourir était donc en S.

Cette variété de rétrécissement intestinal diffère donc de celle qu'on observe généralement à la suite de la hernie étranglée.

XXVI. — GARRE. *Beitrag zur Klin. Chir.* 1892-1893.

Schurer, âgé de 27 ans, de Herrenberg. Le malade a constaté depuis un an seulement qu'il était atteint d'une hernie. Il n'a jamais pu la réduire complètement depuis son apparition ; il ne portait pas de bandage. Le 15 octobre 1890, en soulevant un gros fardeau, il est pris subitement d'une douleur très vive au niveau de sa hernie avec des vomissements bilieux. Le médecin appelé a essayé en vain de réduire la tumeur herniaire. Le lendemain matin, le malade fut envoyé à la clinique chirurgicale.

Le 16 octobre 1890, Examen : Homme jeune, vigoureux.

Dans la région inguinale gauche, on constate une tumeur allongée, cylindrique, qui s'étend du canal inguinal jusque dans le scrotum. Le testicule, gauche forme la limite inférieure de cette tumeur, dont la partie supérieure n'est pas limitée par le canal inguinal, mais au contraire se continue avec une saillie de la paroi abdominale située au-dessus de lui. On trouve de la matité tant au niveau de la tumeur inguinale que de la saillie abdominale.

Opération. — Le sac herniaire est mis à nu. Le testicule et le canal déférent sont faciles à séparer du sac herniaire, auxquels ils sont fixés par du tissu conjonctif lâche. Le sac herniaire est ensuite ouvert jusqu'à l'anneau inguinal : il ne renferme que de l'épiploon qui présente tous les signes de la stase veineuse. L'anneau inguinal externe est assez grand, l'épiploon n'est pas étranglé. Immédiatement derrière se trouve une anse intestinale de couleur noire bleue, qu'il est impossible d'attirer. Le doigt, introduit par le canal inguinal, arrive dans une cavité fermée tapissée d'une séreuse : un sac herniaire pré-péritonéal. Celui-ci est rendu accessible par un débridement oblique en dehors de la paroi abdominale antérieure partant de l'anneau inguinal externe. On trouve un 2^e anneau herniaire qui étrangle l'intestin et l'épiploon. L'intestin hernié a une longueur de 20 cm. environ, présente une teinte bleu rouge foncé et une odeur légèrement fécaloïde. La séreuse, au contraire, est lisse et brillante, sauf dans une petite zone où elle semble être plissée. Le sillon produit par la compression se déplisse après le débridement de l'anneau d'étranglement. La vitalité de l'intestin ne semblant pas devoir être mise en doute, l'anse est refoulée sans hésitation dans la cavité abdominale. C'est l'épiploon qui paraît avoir souffert le plus : il présente une teinte douteuse. On y pose 8 ligatures. Le sac herniaire est ensuite énucléé et lié. La paroi abdominale est suturée. On met un drain. Pansement iodoformé. On donne de l'opium. Le lendemain, la température rectale monte à 39°4. A midi, elle est de 39°1, le soir 39°. L'état général est bon, pas de selle.

Le 18 octobre : à la suite d'un lavement, selle abondante ; le soir, température 38°6.

Le 20 octobre : hier et aujourd'hui, selle spontanée, on ne donne plus d'opium. Dans la suite, la température vespérale ne dépassa pas 38°5. La plaie opératoire guérit vite. Par contre, on vit apparaître des selles diarrhéiques très rebelles, pareilles à des selles typhiques ; une nouvelle et énergique médication opiacée ne put les faire disparaître. Le malade se plaignit de borborygmes et d'éruclation. L'abdomen est mou, non ballonné, pas très douloureux. Au bout de 8 jours, enfin, la diarrhée cessa et le malade, au bout de 2 autres jours, put, à son grand bien, recevoir de la viande à la place de sa nourriture liquide. Sortit le 2 novembre 1890.

Le 13 décembre 1890, après 6 semaines, il revient dans la clinique. Il raconte que quelques jours seulement après sa sortie de l'hôpital, il ressent à nouveau des douleurs dans le ventre, douleurs qui apparaissent après ingestion d'aliments solides ; pour cette raison, il ne prenait plus que du lait et des œufs et restait constamment alité. Il y a 15 jours, les douleurs étaient encore supportables et l'état général passable, ce qui lui faisait espérer une guérison prochaine. Mais, depuis, les douleurs sont devenues tellement violentes après les repas, qu'en dépit d'un appétit qui était toujours resté bon, il ne mangeait plus que la moitié de ce qu'il prenait autrefois. Depuis 8 jours, les douleurs se localisaient dans le côté gauche de l'abdomen, où existait une tumeur dure qui se vidait avec un bruit de glou-glou. Les douleurs ont leur maximum lorsque la tumeur est bien remplie et disparaissent après évacuation. Ce jeu se répète la nuit et le jour avec des intervalles de quelques minutes à un quart d'heure. Les derniers jours, cet état avait encore empiré : la tumeur se gonflait de plus en plus et des douleurs violentes avaient apparu dans la région rénale. Depuis une semaine, le malade n'a pas pu trouver de sommeil. Les selles seraient tantôt molles tantôt dures, mais assez régulières. Ne pouvant supporter cet état plus longtemps

encore, le malade déclare d'emblée accepter toute intervention chirurgicale jugée nécessaire.

Actuellement, le malade est très amaigri. On voit la cicatrice opératoire. L'abdomen est légèrement ballonné et mou, non douloureux à la palpation. A la percussion de l'abdomen, tympanisme de tonalité changeante au niveau de sa partie inférieure et gauche, à la limite supérieure de la cicatrice ; on voit apparaître à intervalle de 1 à 10 minutes, en même temps que des mouvements péristaltiques, une tumeur mal délimitée, qui fait saillie sous la peau. La région n'est pas douloureuse à la palpation, bien que ce soit l'endroit où le malade localise ses douleurs les plus violentes. Si l'on presse sur cette tumeur avec la main, on obtient un bruit caractéristique comme si l'on faisait passer de l'air avec du liquide au travers d'un orifice étroit. Ces ballonnements localisés de l'intestin disparaissent au bout de quelques secondes avec des bruits de glou glou ; alors, le ventre est uniformément mou et indolore à la palpation. La tumeur élastique est rarement sonore, le plus souvent elle donne un son plus ou moins mat à la percussion. Elle naît toujours au même endroit et elle ne peut être éloignée de la paroi abdominale ni mobilisée dans l'abdomen ; les mouvements péristaltiques, bien marqués sous la mince paroi, sont surtout prononcés du côté gauche, et cela d'une façon continue.

On fait le diagnostic de coudure de l'intestin probablement produite par des adhérences péritonéales qui doivent être rattachées à l'intervention chirurgicale faite il y a deux mois pour une hernie étranglée.

Le 19 décembre 1890, laparotomie médiane. On branche sur l'incision primitive une incision oblique à gauche. Derrière la paroi abdominale antérieure se trouve une anse intestinale fortement adhérente au péritoine pariétal. La séparation n'est possible qu'au prix d'une résection partielle du péritoine. On peut ensuite attirer dans la plaie opératoire un peloton d'anses intestinales présentant de nombreuses adhérences en-

tre elles. Par décollement à l'aide d'un instrument mousse et par quelques ligatures, l'on parvient à détacher quelques anses du peloton. Il reste ainsi deux anses intestinales encore très fortement adhérentes l'une à l'autre. En essayant de les séparer, on perfore en un point la paroi intestinale ; par le trou sortent quelques gouttes de matières fécales liquides. La petite ouverture est aussitôt fermée avec une petite pince à artère et l'on procède à la désinfection locale en vue de réséquer les anses intestinales fortement agglutinées. La résection est exécutée de la manière habituelle. Après ligature du mésentère, section de l'anse intestinale. Le bout central, fortement rempli, est vidé. Le bout périphérique, plus étroit, est avivé obliquement. La suture de l'intestin est faite avec de la soie en faisant d'abord une suture de la muqueuse, puis une suture de la séreuse en double rangée dans la région mésentérique. Le mésentère lui-même est suturé par trois points. Suture de la paroi abdominale. Pansement iodoformé.

En examinant par l'abdomen la région inguinale, on ne trouve au niveau du péritoine ni saillie, ni dépression ; la guérison fut troublée seulement par un abcès de la paroi abdominale qui apparaît au bout de 3 semaines. Quant au reste, tout se passa à souhait. Le 5^e jour après l'opération, le malade reçut sa première nourriture par la bouche, et le 8^e jour il eut sa première selle. Pas de température élevée. Le malade se remet à vue d'œil. Il se lève au bout de 15 jours, et le 20^e jour, il supporte très bien l'alimentation normale. Il sort le 16 janvier 1891.

En avril 1891, le malade a augmenté de 25 livres ; il est florissant. Sa digestion est normale à tous les points de vue. Il a repris son métier sans inconvénient, faisant même un travail très dur.

Description de la pièce réséquée. — La pièce intestinale réséquée représente une anse intestinale en forme de Z d'une longueur de 41 cm. Les différentes parties sont soudées l'une à l'autre par des brides et des cordons fibreux. La partie supé-

rière a une longueur de 12 cm. Elle est considérablement hypertrophiée. Sa paroi intestinale présente une épaisseur de 5 mm. La muqueuse est normale, les plis sont un peu espacés. La partie inférieure a une longueur de 15 cm. Elle présente une muqueuse normale et des follicules fortement proéminents.

La partie moyenne enclavée entre ces deux parties, c'est-à-dire la jambe moyenne du Z, présente un intérêt particulier ; elle a une longueur de 7 cm. et représente un cône ou cylindre épais et dur d'un diamètre de $1\frac{1}{2}$ à 3 cm. L'intestin est fortement sténosé sur toute la longueur et ne peut être traversé qu'à l'aide d'une sonde. Ce canal n'est pas tapissé de muqueuse ; à sa place, on trouve une cavité ulcéreuse avec des bords durs, peu nets. Une ulcération d'une profondeur de $1\frac{1}{2}$ cm. arrive tout près du péritoine épaissi. Les parois de la partie intestinale sténosée ont une épaisseur de 1 à 2 cm. ; elles sont de consistance fibreuse et squirreuse, on ne peut plus trouver une ébauche des couches normales de la paroi. Les restes de la couche musculieuse sont traversés par du tissu fibreux jeune et infiltrés de cellules rondes. Il est à remarquer que la partie sténosée se distingue fortement de la partie supérieure et de l'inférieure, limitée, surtout en haut, suivant une ligne perpendiculaire à l'axe de l'intestin.

XXVII. — QUENU. B. M. S. C., 24 avril 1907.

Résumé de l'observation. — Malade de 45 ans atteint depuis 6 jours d'accident d'occlusion, incomplète d'abord, puis ayant abouti depuis 4 jours à la suppression complète des gaz et des matières. Le ventre était ballonné sans être distendu à l'extrême, sensible partout, mais particulièrement douloureux à la pression et spontanément en un point situé en dehors du grand droit de l'abdomen, à droite, au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic. Faciès mauvais, pouls

rapide, vomissements bilieux. Le malade raconte qu'à deux reprises différentes déjà, depuis cinq ans, il a eu des accidents analogues, mais qui ne durèrent que 48 heures et se terminèrent spontanément par la guérison ; néanmoins, il était sujet depuis à des douleurs de ventre et à des coliques. Dans ses deux crises antérieures, localisation de la douleur dans la même région qu'aujourd'hui. Cette circonstance et la netteté du maximum douloureux nous firent soupçonner l'existence possible d'un diverticule péritonéal.

Chloroforme, laparotomie médiane. Nous trouvons, de suite une anse engagée dans un sac diverticulaire situé à droite. Débridement par en dedans. Nous amenons une anse noire et assez fortement serrée, mais, chose curieuse, à faible distance de cette anse, 8 ou 10 cm. au-dessus, il en existe une autre offrant des traces d'un étranglement antérieur sous la forme d'un sillon à la base de l'anse dont les deux bouts sont maintenus par des adhérences anciennes et épaisses ; cette anse porte les traces évidentes d'un étranglement antérieur : elle s'est échappée en bloc du diverticule qui l'enserrait, elle a la même configuration et les mêmes dimensions que l'anse étranglée, mais avec, bien entendu, coloration et consistance différentes.

Il nous paraît indiqué de supprimer l'anse rétrécie. Comme il n'y a pas assez de place entre l'anse étranglée et l'anse rétrécie pour limiter la résection à cette dernière, on pratique la résection des deux anses. Anastomose latéro-latérale. Résection du sac, suture de l'orifice. Guérison.

XXVIII. — DELORE et JACOD. *Lyon Médical*, 1904.

Mme P., âgée de 76 ans, est amenée d'urgence dans le service du Professeur Poncet avec des signes d'occlusion intestinale aiguë.

Le début a eu lieu il y a deux jours, assez brusquement. Elle

vomit continuellement depuis ces deux jours ; les vomissements ont été d'abord bilieux, puis alimentaires. Hier et ce matin elle a eu plusieurs vomissements fécaloïdes. Elle n'a pas été à la selle et n'a pas fait de gaz depuis ces deux jours.

Actuellement la température est de 37°8 ; le pouls assez fort à 100. L'abdomen est météorisé en totalité. Cependant la dilatation est plus marquée autour de l'ombilic que dans les flancs. On n'observe pas de péristaltisme net ; d'ailleurs le ventre est peu douloureux. Ainsi malgré son âge la malade est en assez bon état général. Elle a depuis 40 ou 50 ans une hernie crurale droite. Actuellement on ne sent pas cette hernie. La malade n'a pas souffert de ce côté depuis deux jours. Elle a eu cependant autrefois plusieurs accidents herniaires. Il y a 7 ou 8 ans, cette hernie crurale, réductible très facilement d'ordinaire, resta un ou deux jours douloureuse et tendue. La malade eut plusieurs vomissements. Le Docteur Lacroix réduisit la hernie par un taxis et tout se passa. Il y a 5 ou 6 ans un médecin fut une deuxième fois obligé de réduire cette hernie devenue douloureuse, tendue, irréductible. La malade n'a jamais eu de troubles intestinaux depuis ces accidents, mais elle a toujours été très constipée. Comme par la palpation on ne perçoit aucune tumeur on ne peut affirmer la cause de cette obstruction de l'intestin grêle.

Opération le 12 septembre 1904. — M. Delore.

Laparotomie sous-ombilicale. On tombe sur des anses excessivement dilatées et congestionnées. A 1 m. environ au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal on trouve une anse grêle soudée par sa face latérale à son mésentère, avec quelques adhérences au pourtour sans qu'il en résulte une diminution de calibre ; 20 cm. plus loin on trouve une portion d'anse très rétrécie au-dessous de laquelle l'intestin est diminué de volume, presque rétracté. Cette sténose apparaît comme un épaississement blanchâtre en anneau du péritoine et de la paroi ; elle a 1 à 2 cm. de long. Toute la paroi a une consistance fibreuse

et l'intestin en amont du rétrécissement est plus épais, comme infiltré.

Libération des adhérences, entéro-anastomose, guérison.

XXIX. — NICAISÉ. *Thèse de Paris*, 1866.

Observation 31 (Gosselin).

Un homme de 52 ans entre à la Pitié le 17 janvier 1866. La hernie existe depuis 25 ans et n'a jamais été contenue par un bandage. Elle devient irréductible le 14 janvier ; les symptômes d'étranglement se montrent bientôt. M. Gosselin fait la réduction par un taxis de 16 minutes, le malade étant anesthésié. Le 18 janvier, la tumeur reparaît, les symptômes d'étranglements qui n'avaient pas cessé complètement se prononcent d'avantage. M. Gosselin fait alors la kélotomie : l'étranglement était dû à une bride fibreuse se portant d'une paroi du sac à l'autre.

Symptômes de péritonite. Mort le 19 janvier à 5 heures du soir.

Autopsie le 21 janvier. — Les circonvolutions de l'intestin grêle sont congestionnées et fort distendues par les gaz. Le gros intestin au contraire est vide et rétracté. A 40 cm. environ de la valvule iléo-cæcale l'intestin grêle s'infléchit brusquement et présente un rétrécissement qui permet à peine l'introduction d'une sonde. On ouvre au-dessus et au-dessous et on voit que ce rétrécissement est dû à une constriction qu'a subi l'intestin à ce niveau, constriction attestée par la destruction de la muqueuse, l'épaisseur et l'inextensibilité des autres tuniques. Au-dessous de ce point, les anses intestinales présentent des flexuosités et des adhérences entre elles très grandes ; elles sont inégales, irrégulières, remplies d'un sang noir et coagulé et leurs parois sont considérablement épaissies. Une de ces anses se porte à la paroi postérieure du sac herniaire au dedans duquel elle proémine et est intime-

ment unie à cette paroi ; elle est confondue avec elle dans une étendue de 6 à 7 cm., à peu près, ce qui est dû sans doute à des adhérences anciennes complétées par des fausses membranes qui ont établi cette fusion remarquable entre l'anse et le tissu du sac. Cette anse remonte ensuite en arrière et vient s'aboucher dans le caecum qui, lui aussi, est plein de sang, à des parois très épaisses, mais se trouve en situation habituelle. Le sac herniaire a une épaisseur très grande, sa surface est lisse et grisâtre et présente les vestiges de la bride incisée pendant l'opération.

En résumé il y a eu chez ce malade :

1°) Comme fait insolite l'étranglement par une bride du sac, d'une grosse entéroccèle pure et la fusion d'une anse intestinale avec le sac ayant pu faire croire à une épiplocèle concomitante.

2°) Comme explication de la persistance des symptômes d'étranglement, le rétrécissement de l'intestin au niveau de la partie qui avait été serrée dans le sac et peut-être la gêne apportée par les flexuosités indestructibles de la partie adhérente.

Résumé de l'examen fait par M. Terrier :

Bout supérieur : la muqueuse normale se termine par un bord aminci, rectiligne au niveau du rétrécissement.

Bout inférieur : muqueuse normale très amincie au niveau de l'étranglement. Il mesure 7 cm. 5 de circonférence au-dessus du rétrécissement, 4 cm. 3 à son niveau.

La séreuse est un peu épaissie au-dessus du rétrécissement et beaucoup au-dessous. Elle adhère très largement et intimement aux parois du sac ; au niveau de l'étranglement, la séreuse est normale d'aspect, moins épaisse qu'au-dessus et qu'au-dessous.

Au siège de l'étranglement il y a un amincissement considérable de la paroi, la partie superficielle de la muqueuse semble avoir complètement disparu sur toute la circonférence.

XXX. — BRETON. *Inédite.*

Voir chapitre IV où elle est citée.

XXXI. — PARCELLER et MANGE. *Société anatomo-clinique de Bordeaux*, 2 mai 1922. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1922.

R... Pascal, âgé de 63 ans, entre à l'hôpital le 3 février 1922, pour une hernie inguinale gauche étranglée. Dans les antécédents on ne relève comme faits intéressants que les suivants :

Il a été opéré en 1912 pour une hernie inguinale, gauche, étranglée. En 1919, survient, au niveau de la hernie inguinale droite, un syndrome d'étranglement herniaire, mais l'opération pratiquée par le Docteur Loubat montre qu'il s'agit en réalité d'une thrombose mésentérique portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, à 10 cm. environ de l'abouchement iléo-cæcal. Le segment thrombosé qui mesure environ une dizaine de centimètres est reséqué. Anastomose termino-terminale. Guérison.

Le malade ne présente aucun trouble intestinal appréciable jusqu'au jour où sa hernie inguinale gauche s'étrangle à nouveau. Notons que la droite s'est reproduite, que la paroi du malade est dépourvue de toute tonicité musculaire ; véritablement en ruine, elle a perdu tout espoir de cure radicale et solide.

Le 3 février 1922, sous rachi-anesthésie, cure de la hernie inguinale gauche étranglée : l'intestin hernié est sain. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent. Suites normales jusqu'au 18 février, c'est-à-dire jusqu'au quinzième jour, lorsque ce jour là le malade accuse de violentes douleurs au-dessous de l'ombilic, douleurs qu'il compare à des coliques. Depuis deux jours, il n'a pas été à la selle et, depuis la veille,

il n'a pas rendu de gaz par l'anus. L'abdomen est un peu ballonné, et au-dessous et à droite de l'ombilic, on voit des contractions intestinales. En face de ce syndrome d'occlusion intestinale on décide d'intervenir.

Laparotomie médiane sous rachi-anesthésie. Les dix derniers cm. du grêle ont un aspect blanchâtre, sont parsemés de taches laiteuses, la paroi à la palpation paraît épaissie. Au niveau des trois derniers cm., juste avant la valvule iléo-cæcale, on note un rétrécissement tubulaire donnant à l'intestin le volume d'un gros crayon et à la palpation la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Le mésentère correspondant à cette zone est épaissi, scléreux, parsemé d'étoiles blanchâtres caractéristiques de la mésentérite rétractile. Immédiatement au-dessus de cette anse le grêle est très augmenté de volume et se contracte violemment. Le cæcum est souple et aplati. Entéro-anastomose entre cette anse dilatée et le cæcum. Guérison. Depuis 2 ans aucun trouble intestinal.

Nous citons intégralement les conclusions des auteurs, car elles sont un peu différentes des nôtres :

« Dans notre observation, les relations de causalité entre la thrombose mésentérique et la mésentérite rétractile nous paraissent assez solidement établies. Tout d'abord l'étranglement herniaire survenu à gauche, en 1910, nous paraît devoir être mis hors de cause, la mésentérite rétractile siégeant au niveau de la dernière anse grêle fixée de près à la paroi abdominale postérieure, dans l'impossibilité naturelle de s'engager dans le canal inguinal gauche. Au contraire, la coïncidence de localisation avec la zone précédemment frappée de thrombose est frappante et la coexistence d'un rétrécissement tubulaire au niveau des 3 derniers cm. de l'iléon permet de relier les faits entre eux de la façon suivante.

Chez un artério-scléreux (notre malade présentait une sclérose artérielle très marquée) les troubles circulatoires au niveau des vaisseaux mésentériques créent une thrombose mésentérique dont l'évolution fatale est prévenue par la résec-

tion. Mais en même temps à la limite de la zone thrombosée les troubles circulatoires ont abouti à des lésions plus discrètes limitées du côté de l'intestin à la muqueuse et à la musculuse, d'où plus tard (trois ans), rétrécissement tubulaire à ce niveau tout à fait comparable au point de vue anatomopathologique et clinique à ces rétrécissements tubulaires qui se produisent à longue échéance sur une anse frappée d'étranglement herniaire et dont la pathogénie est tout à fait analogue. Parallèlement les troubles circulatoires ont abouti dans le mésentère à la production d'une mésentérique rétractile dans la zone immédiatement voisine de celle où auparavant s'était localisée la thrombose mésentérique.

BOLOGNESI. *Central blat fur chir.*, 27 novembre 1909.

De la ligature des vaisseaux du mésentère et de la cause de quelques sténoses intestinales

Une grosse ramification d'un vaisseau mésentérique est liée (artère ou veine), les anses des vaisseaux anastomotiques parallèles à l'intestin se trouvent comprises entre la ligature et l'intestin.

Expériences faites chez le lapin.

Les résultats très variables dépendent sans doute de conditions multiples, à noter que les effets obtenus ne semblent pas avoir été influencés par le choix du vaisseau (artère ou veine).

Ligature temporaire.

Le plus souvent : lésion simple de la muqueuse :

Parfois : altération grave de la paroi aboutissant à la nécrose.

Parfois aussi : Phénomène d'œdème avec infiltration de cellules, notamment dans la sous-séreuse et la sous-muqueuse, avec de temps à autre, atrophie de l'épithélium, accompagné de sclérose du tissu conjonctif avec formation d'adhérences entre les anses intestinales et la zone intéressée ! Ces sclé-

ses et adhérences étaient la cause des sténoses d'ailleurs peu graves de l'intestin.

Ligature définitive.

Le plus souvent, les observations faites dans les 20 ou 40 jours qui suivaient l'opération montraient des modifications d'un type constant.

Macroscopiquement *une masse pelotonnée d'anses intestinales réunies par des adhérences fibreuses.*

Microscopiquement, de la sclérose du tissu conjonctif et de la séreuse, de l'œdème avec infiltration de petites cellules et phénomène de sclérose dans la sous-séreuse, sous-muqueuse, infiltration de cellules dans le chorion de la muqueuse, atrophie de la couche épithéliale et par moment œdème et épaissement de la couche musculaire. Ces altérations anatomiques occasionnent de *nombreux rétrécissements de la lumière de la zone intestinale atteinte*. Plus tard, il y a de la sclérose du tissu conjonctif et atrophie de la muqueuse auxquelles doivent être attribuées les sténoses intestinales que j'ai trouvées.

J'arrive à la conclusion suivante : la ligature ou l'occlusion passagère ou continue des grosse ramifications des vaisseaux mésentériques (artère, veine ou les deux à la fois) n'auront pas donné chez le lapin de résultats constants, mais voici les conséquences possibles :

1°) Intégrité absolue, aussi bien anatomique que fonctionnelle de l'anse intestinale.

2°) Nécrose de l'intestin accompagnée ou non d'infarctus hémorragique suivi de péritonite rapidement mortelle avec ou sans perforation.

3°) Formation d'œdème, atrophie de l'épithélium, sclérose du tissu conjonctif, adhérences entre elles des anses intestinales et nombreuses sténoses de la lumière de l'intestin.

Conclusions

CHAPITRE I

On trouve chez des malades présentant une hernie inguinale des lésions complexes du mésentère et de l'intestin grêle formant une série continue.

Lésions du mésentère	Taches Rétraction	} s'accompagnent ou on de rétrécissement de l'intestin
Lésions du grêle	Agglutination Adhérence au sac	

Toutes ces lésions peuvent d'ailleurs rester cantonnées au contenu du sac herniaire ou le dépasser.

CHAPITRE II

Ces lésions sont analogues à certaines lésions bien connues consécutives à l'étranglement herniaire.

CHAPITRE III

Elles doivent être rangées sous l'étiquette « Mésentérite rétractile ». Il faudrait dire : lésions mésentériques, chroniques, banales, rétractiles, progressives, sténosantes. Mais le terme mésentérite rétractile est consacré par l'usage.

Les cas de mésentérite rétractile forment deux groupes :

1° Mésentérite rétractile d'origine herniaire,
28 cas ;

2° Mésentérite rétractile d'origine inconnue,
26 cas.

Ce dernier groupe sera vraisemblablement dissocié dans l'avenir.

CHAPITRE IV

Les lésions chroniques, banales, du mésentère et du grêle, que l'on peut rencontrer chez les hernieux, semblent reconnaître comme cause primitive des lésions du mésentère — peut-être même peut-on dire des vaisseaux mésentériques. Ces lésions vasculaires seraient dues soit à des traumatismes légers consécutifs à des étranglements frustes, soit à la stase dans l'intestin grêle.

REMARQUES

De cette étude, si théorique qu'elle puisse paraître, on peut déduire cependant quelques notions importantes pour l'opérateur.

Vu, le Doyen, Le Président,
RÔGER. HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
LAPIE.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
